مكتبة علم النفس

مدخل إلى الطب النفسي
وعلم النفس المرضي

الدكتور

محمود هاشم الودرني



مدخل إلى الطبّ النفسي
وعلم النفس المرضي

* د. محمود هاشم الودرني :
مدخل إلى الطب النفسي
وعلم النفس المرضي
* الطبعة الأولى ١٩٨٦

* التنضيد الضوئي
مؤسسة التنضيد التصويري ـ دمشق ص. ٣٧٣٥
* الناشر
دار الحوار للنشر والتوزيع
سورية ـ اللاذقية
ص.ب ١٠١٨ ـ هاتف ٢٢٣٣٩

مدخل إلى الطب النفسي

وعلم النفس المرضي

الدكتور
محمود هاشم الودرني

دار الجيل

تقديم

يتموضع الطب النفسي وعلم النفس المرضي في موقع وسيط بين العلوم الإنسانية والعلوم الطبية والصحيحة مما يعطيها خصوصية تماثل أو تزيد على ما يشابهها من علوم الإنسان والمجتمع الأخرى .

فدراسة النفس في سوائها واضطرابها تراوح بين المختبر المغلق والروائز والقياسات وبين الحياة في أشمل بعد لها ، البعد الإجتماعي ، لذلك ليس ، طرح مدخل إلى هذا المجال المعرفي ، في سوق الإستهلاك الإجتماعي ، بنفس يسر وبساطة صياغة أي كتاب طبي إكلينيكي آخر ، إذ لا بد أن يتضمّن هذا المشروع سواء في ذاته أم في صيرورته وسياقه ، منذ البدء ، طرح تساؤلات ، من باب المسؤولية والإلتزام ، حول مدى مشروعية تقديم بنيان معرفي ، يتمحور حول الديناميكية النفسية التي لا يمكن بأي شكل ، عزلها عن أبعادها الثقافية والإجتماعية والحضارية ، يستقي - أي هذا البنيان ، منهجيته ومصادره وصياغته المعرفية من منظومة ثقافية إجتماعية قد تكون مختلفة في بنيتها . هذه أولى إشكاليات نقل هذا النمط المعرفي أو محاولة إدماجه ومفصلته ضمن صيرورة المنظومة الثقافية الإجتماعية المعنية ، التي يجب أن يطرحها من لا يريد تقديم عمل غيبي يأخذ موقعه ضمن نمط إنتاج - استهلاك خرافي سائد في المجتمع العربي لا يمتّ إلى الواقع المُعاش بصلة ولا يندمج ضمن جدل الوعي الإنساني الفاعل بل يدور في فلك الإستلاب بجمود القوالب المطروحة وخروجها عن تاريخية الحدث سواء كان فكريا مجرّدا أم

ماديا . . . هذا التساؤل الذي طرحته على نفسي ، وليس لأول مرة ، بل عبر سياق مشروعي الملتزم بالمساهمة في ادماج العلوم النفسية من موقع عضوي ضمن ديناميكية إرادة النهوض الحضاري العربي عبر أفق إنساني شامل ، كان أحد وجهيه غياب انبثاق مدرسة عربية حديثة لعلوم النفس بل وعوز تقليد معرفي في هذا المجال ـ وكأن العربي إنهمك في الهروب من كلّ ما يمتّ إلى ذاته العميقة بصلة ، منذ إنبلاج عصور انحطاطه ـ كذلك يغيب أي مسح نفسي عام أو أكلينيكي ، فردي أو إجتماعي على مستوى الذات العربية يمكن الاعتماد عليه كمحكّ تنحت عليه البنى النظرية والإكلينيكة العامة وبعاد صياغتها انطلاقا من ذلك بشكل ملائم والوجه الآخر والإيجابي لهذا التساؤل هو ما أراه من انكفاء الإنسان العربي ، بعد نضوب معظم حظوظ التحرّر والنهوض عبر مدرسة التجربة والخطأ السائدة والتي لا تزال تستحكم في ديناميكية المجتمع وتستثمر أو تسيرّ عشوائيا بمختلف مشاربها وآفاقها ، مصادر قوّته ، إنكفاء هذا الإنسان إلىٰ ذاته يبحث فيها ، ربّما ، عن ينبوع ضعف ، يعلّل كبوته المستديمة واستمرار عجزه الحضاري بعد إنسداد آفاق الحرية والتحررّ أو خطرها على حياته كلّما حاول الامساك بزمام وجوده وصيرورته الإجتماعيين .

* * *

ليست اللغة أداة ميكانيكية جامدة تكتفي بأن تكون واسطة نقل بل هي وعاء التجربة الإنسانية تنفعل بتاريخه الفردي والإجتماعي وتتمفصل رهافة دلالاتها ومعانيها مع أعمق الخصائص الإنفعالية والذهنية الشعورية واللاشعورية لهذا الإنسان لأنها الرمز الذي سمح للانسان بالانطلاق من عقال بهيمية اللا وعي وعجز الصورة ـ الإنطباع ـ الذاكرة عن الجدل والتفاعل والتركيب بدءاً من تسمية الغائب (الأم ـ الأب) في الطفولة الأولى ونقله رمزاً إلى تركيب الذاكرة وأدوار اللعب البدئي ، مناورة مع تجربة الحرمان المفجع عبر سياق إنفصام العلاقة الإندماجية مع الأم وانتهاءً بالتجريد المبدع . لذلك ليست اللغة لغة الأنا فحسب ولغة المنطق والعقل المجرّدين وحدهما ، بل هي أيضاً وخصوصاً لغة اللاّشعور النابع من تجربة الطفولة الأولى ولغة الإنفعالات والإتّصال والثقافة . كلّ ذلك يجعل من نقل معرفة نفسية , مهما تنمذجت في أطر علمية محايدة وموضوعية ، أمراً ليس بالهيّن لأنها تتعرّض لخطر الإلتباس وسوء الفهم والتأويل تحت منظار نفسي ـ ثقافي مخالف لينبوعها ومبرّر صياغتها بذلك الشكل اللغوي

ذاته . . . خصوصاً عند احتداد الأمر وملامسته تجلّيات اللاّشعور ومقارباتها التحليلية . . . فعند اللّغة العربية لا نجد أن استعدادا لإدماج المعرفة النفسية لم ينضج فحسب بل إن تعقيداً في بنية أداة الإتصال هذه يعكس تعقيداً بنيوياً في التركيبة الإجتماعية وصراعا كامنا بين مختلف صيغها المتعايشة ضمن توازن جمودي يخالف ضرورة الديناميكية الحضارية من أجل التقدّم . . . حيث لا يزال كثيرون يتمسّكون بثراء تاريخي قادم أو موروث من العصور القديمة يشكّل تضخّماً ناجما عن إنفلاش المجال الحيوي وسيادة الإعتناف الهادف لكسر الأفق المساحي الهائل إلى خطوط متجزّئة وكسر التحرير الحَدّي أو تصعيده إلى إسهال لغوي تبريري ينتقل أحياناً إلى الفعل (التكافؤ الضدي في اللا شعور الإجتماعي العربي القديم بين مفهوم «الأشهر الحرم» والمناسبات الإباحية الجاهلية التي كان يقنّن فيها إختراق عدّة محرّمات . . .) . . . بينما يتشبّث هؤلاء التقليديون (حتى وإن تسربلوا بلبوس تقدّمي) بتحريم إدخال اللغة في ديناميكية الصيرورة الحضارية لتتمكّن من الدخول في جدلية التقدّم وتيسّر سبيله بإعادة صياغتها تبعاً لمتطلّباته ولا شك أن خلفية هذا التابو المضروب حول اللغة هي أبعد من تأكيد هوية مزعومة أو الحرص على تاريخ بتجميد صيرورته وإعطاء الرّمز قدسية ميتافيزيقية تسمو على الفعل وتستعبد الإنسان بربطه إطلاقاً ونهائيا الى ماض سحيق لا يستمدّ مشروعيته إلا من الخرافة المجرّدة ، فهذه الخلفية ليست إلا خوفاً من سقوط التابوات الأخرى المرتبطة في منشئها وتساندها الجدلي وخوفا من حركة الحضارة التي تهدّد بالتبدّل والتغيير أولئك الذين لا يعيشون إلا في ظلام ووحشية التكرار والتقليد مثل سكّان كهف أفلاطون . . . إذن هذا التعقيد في بنية اللغة هو أبعد من أن يكون وظيفياً وعضوياً بل يصبح غالبا سلاحا يُحارَب به الإبداع والتجديد وكأنه على الحضارة والمعرفة أن تتكيّفا مع لغة نهائية وجامدة وليس العكس ، ويمكن القول هنا أنه لا توجد ضجّة أثيرت حول لغة ، مثل تلك التي أثيرت حول اللغة العربية باعتبارها هرما حضاريا شامخا إلا أن ذلك لم يمنع لغات المجتمعات التكنولوجية الأخرى من تركيب وتجديد تعابير ومصطلحات المعرفة والعلوم والآداب وترميزها واثرائها وتجاوز القديم والمستهلك منها دون حيرة أو فزع أو تقديس غيبي بينما يلهث حملة المعرفة في المجتمع العربي خلف هذا

السياق ملاقين مختلف العوائق سواء في ذواتهم أو في محيطهم دون التوصل إلى مفصلة هذه المعرفة مع ترميزها اللغوي بل يقتصرون على ميكانيكية مفهوم «التعريب» الذي لا يتجاوز نقلا ظواهريا قاصرا وجزئياً لتجدّد وابتكارات التعبير العلمي في المجتمعات التكنولوجية لذلك يُصادم هذا القصور كلّ مشروع عمل يريد أن يكون عضويا ينساق في ديناميكية عامة مثمرة . كما يصادمه ، عندما يريد الدخول إلى الحيّز النوعي للبنية النفسية الثقافية ، تجزّؤ اللّغة إلى عدّة لهجات وبُعد التطابق بين لغة التخاطب ولغة الكتابة ممّا يشير الى فصام بين التعبير العقلي والتعبير الإنفعالي خصوصا على مستوى بنيان اللاّشعور القائم على اللغة «الأمومية» ، إذ تفرط عقلنة اللغة المكتوبة في تجريد التراث الحضاري عن بعده النفسي - الثقافي وتفصم الجدلية بينهما مما يؤدّي إلى عوز وانكماش في المسافة الوسيطة ، مسافة الخيال والإستشراف التي هي مجال الفعل والإبداع النفسيين . . .

هذه بعض عقبات قلصها تواضع مشروع العمل الراهن لكن لن يمنعها هذا التأجيل المبرّر من البروز عبر ضرورة التعامل معها كجزء من متغيرات بنيوية تؤطر وتتجادل مع كل عمل طموح يريد أن يكون عضويا في هذا المجال المعرفي . . .

يتوجه هذا العمل الى متناول إستهلاك القارىء غير المختص مثلما يتوجه الى اللذين يمتلكون الوظيفة أو الموقع العلاجي أو يتكوّنون ضمن إطاره من أطباء وعلماء نفس . وذلك اعتمادا على أنماط القراءات المختلفة لعمل واحد حسب الأفق المعرفيّ والحياتي الذي يقارب به هذا العمل . . .

مما يحملنا على توضيح بعض النواحي المحيطة بمنهاج الطرح النظري للطب النفسي وتصنيفاته والمتعلقة بخصوصيته . فالعمل الوصفي والتصنيفي على هذا المستوى هو مجاراة لضرورات نشر المعرفة ونقلها أكثر منه تجميد السلوك البشري داخل قوالب ميكانيكية . . . فالقارىء العادي قد يميل ، عبر إطّلاعه على أوصاف وتصنيفات علم النفس المرضي ، إلى محاولة تحديد ذاته أو ربط آلياته النفسية بما يقرأه . وقد تساوره الشكوك والمخاوف أو يتّجه الى تقييم غيره عبر منظار ما أكتسبه من معرفة نظرية . . . لذلك لا بد أن يعرف قبل دخوله الى هذا المجال المعرفي الخصوصي أن النفس البشرية أكثر دقّة وتعقيدا من أي تصنيف أو وصف سوي أو

مرضي . وأن هذه النفس بحكم طبيعة نشوئها ونموّها وثرائها تمتلك كلّ الآليات النفسية الممكنة ، بما في ذلك إمكانية الهلوسة والهذيان والخروج عن الواقع ، دون أن يدلّ ذلك على مرضية وصفية أو استعداد للشذوذ النفسي . كما أن الصراعية النفسية والقلق سمتان مرافقتان للإنسان ، ولا تصبح كل هذه الإمكانات «مرضية» إلا عندما تشذ بالإنسان عن واقعة اليومي ، أو تمنعه عن الإنسجام الذاتي والتكيّف الفاعل مع المحيط ومتطلباته حيث ولّى العهد الذي كان فيه الأطباء النفسيون يضعُون حدًا حاسما بين السواء والمرضية ، ويضعون الأفراد ضمن جداول وتصنيفات تحددّ أنماط الشخصية واستعداداتها المرضية ، أو تتعامل مع الإضطراب النفسي مثلما تتعامل مع أي تنافر جسماني . إذ أن الأبحاث الحديثة والعميقة أكّدت أن ما قد يتظاهر كمرض ، في حالاته الحدّية ، ليس إلا تضخمًا سرطانيا لطاقات أو إستعدادت نفسية طبيعية ، تعود لإختلال التوازن النفسي . . . وظهرت نتائج هذه الأبحاث في كتب تحمل عناوين ذات دلالة مثل «كلّنا نُفاسيون» أو «دفاع عن شذوذ طبيعي» (أو سوي) . وفي ظلّ هذا المناخ الجديد لم يعد يُطلق على «مستهلك» العيادات والمستشفيات النفسية تسمية «المريض» بل «المعايد» أو «المراجع» ولم يعد من مجال للسّماح ، إجتماعيا ، باعتباره «مجنونا» تنتزع عنه الصفة الإنسانية وحقوقها بينما لا يمثّل إستلابه واغترابه النفسي الاجتماعي بل وكلّ أعراضه إلا إستفحالا للألم في ذاته المعذّبة وصرخة استغاثة لمن أصبح عاجزا عن تحديد هويته ونقل رسالة وجوده الفاعل إلى الآخرين ، كلّ ذلك وأساسا ، نتيجة لفشل الأسرة والمجتمع في إعطائه طاقة أنوية[1] مستقلّة تنسّق مختلف أطراف شخصيته وعلاقاتها مع العالم الخارجي . ممّا يعني أن المعلومات والتصنيفات النظرية التي يحصّلها الطبيب والمعالج النفسي ، لا تعدو أن تكون دليلا عاما ومرشدا يسمح أحيانا بالتفريق وتمييز بعض التناذرات النفسية العضوية منها خصوصا . بينما لا تغني عن التعامل مع كلّ حالة بأسلوب نوعي يتضمن أساسا الإعتبار المبدئي لإنسانية المراجع وخلفيته الثقافية الإجتماعية وكذلك دخول الطبيب في علاقة خصوصيته مع مراجعه يندمج خلالها في سياقه النفسي ويحاول فهم آلياته ومنابعها ومراميها ويتعاون معه على إعادة

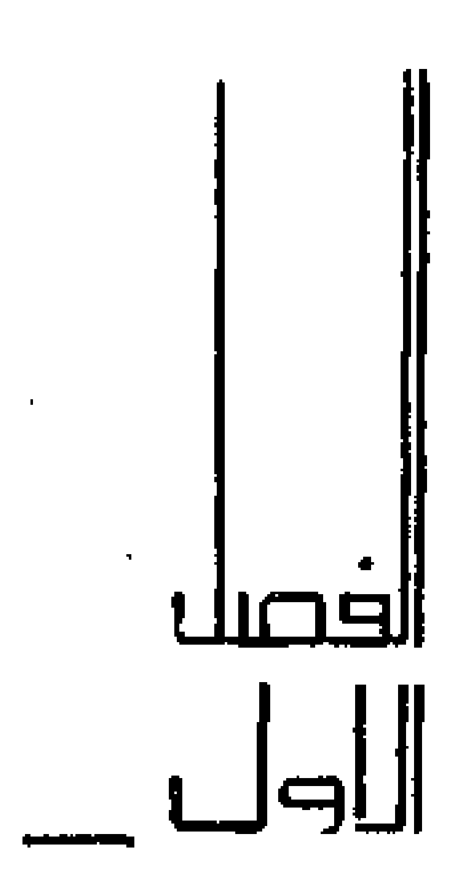
---

(١) أنوية : نسبة للأنا التي من مهامها المحافظة على التوازن النفسي .

تركيب ديناميكية نفسية فاعلة تعيد علاقاته مع ذاته ومع العالم الخارجي إلى سوائها . فلا يقتصر على اعتماد التصنيفات والأحكام التي يجدها ضمن المناهج الطبية الكلاسيكية ويتّبع ميكانيكا خطط التعامل والمعالجة التي تنّص عليها ، فقد يساعد ذلك على تشخيص تفريقي ويدفع إلى تحرّيات مخبرية وعضوية ويميّز تنافرات وإنذارات ويعطي أحيانا دليلا فارماكولوجيا عاما لكن لا يمكن بأي حال أن يغني عن البعد النفسي المتظاهر في كل حالة وعن الخصوصية الثقافية - الإجتماعية لكل مراجع حيث يتحمّل الطبيب مهمّة إبداع الخطة العلاجية النوعية المتكاملة ومسؤولية ضمان الحقوق الإجتماعية لمراجعه والدفاع عنها والعمل على التخفيف من إستلابه وقسوة محيطة وغربته النفسية الإجتماعية .

القسم الأول

علم النفس المرضي العام



فحـــص المـــراجع النفـــسي

يتقاسم الفحص النفسي ، الطبيب الممارس (العام) والطبيب النفسي المختص والأخصائي النفسي (سواء كان معالجاً أم أخصائياً إكلينيكياً) . لذلك تتفاوت أساليب تسيير هذا الفحص حسب الحالة والخلفية الأكاديمية التي ينطلق منها الفاحص وأفق الفحص وأهدافه . . . إلا أن هذه الأساليب تتكامل غالباً ، وتلتقي في مضمونها وإن اختلفت في شكلها أو خصوصيتها التي تتلاءم مع خصوصية الحالة .

بالإضافة لذلك ، وحتّى نلقي نظرة شاملة على الفحص النفسي لا بدّ أن نميّز نوعين من المقاربات النفسية لمراجعي العيادات الطبّية والنفسية ، أولها مقاربة عامة تتعلّق بنوعية العلاقة بين الطبيب ومراجعه وبالحضور الدائم للبعد النفسي الاجتماعي لدى كلّ مراجع يتقدّم إلى الطبيب بشكوى مرضية جسمية . . . وثانيها مقاربة

مختصّة تتعلّق بالإحاطة باضطراب نفسي وتشخيصه وبناء الخطة العلاجية لدى مراجع يتقدّم (إرادياً أم لا إرادياً) إلى العيادة النفسية المختصّة بشكوى نفسية مريحة أم بشكوى مقنّعة تشير الى الاضطراب النفسي .

العلاقـة بيـن الطبيـب والمـريض

قد يعتقد البعض أنّنا أردنا حشر هذا البحث حشراً في سياق معالجة الفحص النفسي لمراجع العيادة النفسية . والحقيقة أنّ كُتب الطب النفسي الكلاسيكية لا تلجأ عادة الى طرح هذا الموضوع الذي لا يتعلّق مباشرة بالممارسة المختصّة بل يحيط بالبعد النفسي ـ العلائقي لكلّ ممارسة طبّية مختصة أم عامة . لكن رأينا مفصلة هذه الدراسة ضمن سياق فحص المراجع باعتباره وحدة جسمية ـ نفسية ـ إجتماعية متكاملة بغض النظر عن نوعية الأعراض أو الشكوى الرئيسية التي يتقدّم بها ، إعتباراً لأن كلّ الإحصاءات الطبية تثبت ان أكثر من ستين بالمائة من مراجعي العيادات العامة يبدون إضطرابات وظيفية مرتبطة بشكل مباشر أو غير مباشر باضطرابات نفسية متفاوتة الشدّة . كما أبرزت الدراسات والبحوث الحديثة الأهمية الجوهرية التي تصطبغ بها العلاقة بين الطبيب والمريض ، أيا كانت نوعية الشكوى ، ومدى تأثير هذه العلاقة على سير المرض وحالة المريض . . . مما يحتّم ، ويجعل منطقياً ، أن يُدرّس هذا الموضوع لطلاّب كلّيات الطبّ كمنهاج قائم بذاته ليكون مساعداً لهم في النجاح في مختلف أوجه نشاطهم المهني ، وحتى يتجنّبوا التعرّض للوقوف موقف العاجز أو المندهش أمام تطوّر حالة يتنافى مع توقّعاتهم أو أمام تسلسل شكاوى جسمية لا تعنو لمختلف وسائل التقصّي والتشخيص والمعالجة التي يستمدونها من العلوم والمعارف الطبية الحيوية التي اكتسبوها على مقاعد الدراسة .

الإشكالية الأولى التي يواجهها الطبيب الممارس وتشغل باله هي مسألة التشخيص ، فهو قد يميل غالباً ، وتبعاً لنمط تكوينه الطبي ، إلى تقصّي سببية عضوية لكلّ شكوى جسمية تواجهه رغم حقيقة أن معظم المراجعين يستمدّون شكاويهم الوظيفية من عمق نفسي ـ إجتماعي مضطرب لما يتمكّنون من استجلائه

لوحدهم وتتضافر في سببية هذه النزعة العضوية المفرطة عدة عوامل منها :

ـ تغلّب نزعة المنشأ العضوي للشكاوي والاضطرابات السريرية على طرائق ومناهج تدريس الطب .

ـ نقص الخبرة النفسية لدى الطبيب الممارس وضعف استبصاره الباطن (Insight) مما يدعّم (ميكانيزمات) آليات دفاعه اللا شعورية عبر سياقات التماهي والإسقاط والنقل ، التي تدفعه إلى تجنّب الإستقصاءات النفسية وإهمالها وأحتقارها .

ـ خوف الطبيب من التورّط في استقصاءات لا تخضع للدقّة المنهجية المادية بل تتطلّب منه جهدا نفسياً وقوة حدس ، إضافة الى احتمال تدخّل قيم إجتماعية وأخلاقية قد تدفعه إلى ارتكاس لا شعوري .

ـ النزعة الطبيعية إلى رفض المجهول (البعد النفسي) والنزعة الأمتلاكية والتوجّس من إحتمال الاضطرار إلى توجيه المريض إلى إخصّائي نفسي .

العامل الإجتماعي حيث يؤثر النفور السائد من الأمراض والإضطرابات النفسية على موقف الطبيب الممارس إن لم يتضمّن تكوينه الأكاديمي السريري تدريبا إستبصاريا على التعامل مع البعد النفسي ـ الاجتماعي لمراجعي العيادات الطبية .

والإشكالية الثانية هي أن الطبيب ، غالبا ما لا يأخذ بالإعتبار خصوصية العلاقة مع المريض داخل العيادة ودورها الجوهري في تطور معظم الحالات الوظيفية والمساند في بقية الحالات العضوية ، أي أن دورها قائم ، أيّا كانت الشكوى المرضية التي يواجهها الطبيب . ويتجلّى ذلك أكثر عندما نشير إلى أن الفرد البشري يمثّل وحدة عضوية نفسية يصعب فصمها ، وإنْ تجريدا ، في ميدان الممارسة السريرية لأبحاث مدارس الطب السيكوسوماتي (الطب النفسجسمي) ، وهو الإختصاص الحديث والصاعد ، تثبت أكثر فأكثر دور العوامل النفسية حتى في الأمراض العضوية من الأمراض الإنتانية حتى الإصابات السرطانية والعكس صحيح حتما . لذلك فإن نفس هذه العوامل النفسية العميقة تدخل في ديناميكية علائقية تحويلية [1]

---

(١) و(٢) التحويل Transferenc , Transfert والتحويل المضاد Contre -transfert أو Contre - transferance هما محور العلاج النفسي وخصوصا التحليل النفسي إلا أن شكلهما العام يمثل ـ

موضوعها الطبيب الذي لا بد أن تشكل لديه إستجابة نوعية لا شعورية مثلما يحدث في كل علاقة إجتماعية وتتمثّل هذه الإستجابة ضمن العلاقة العلاجية في التحويل المضاد (٢)

لم تتبلور دراسة منهجية وجدّية لهذه العوامل المؤثرة جوهريا على العلاقة النوعية الطبيب ـ المراجع إلا منذ عقود قليلة لا تتجاوز الثلاثة عندما أفتتح الدكتور « مايكل بالنت » ، بمعهد تافيستوى سلسلة دراسات وحلقات بحث تجمع أطباء ممارسين وأخصائيين بالطب النفسي ، إستهدفت في بدايتها حصر العناصر السيكولوجية التي تتدخّل بالممارسة الطبية العامة بادئة بدراسة الوصفة الطبية الدوائية وأبعادها النفسية إلا انها سريعا ما وصلت إلى أن الطبيب نفسه هو غالبا أهمّ دواء يتعاطاه المراجع في حين لم تكن توجد أية دراسات حول هذا « العنصر الدوائي » . . . . وأثبتت هذه الأبحاث أن من ٨٠ الى ٩٠٪ من المراجعين يحملون إضطرابات نفسية متفاوتة الشدّة وترافق هذه الإضطرابات الشكوى الجسمية العضوية التي تمثّل إصابة عضوية فعلية لدى نسبة من المراجعين ، بينما يتلازم الاضطراب العضوي مع الإضطراب النفسي (حالة سيكوسوماتية) لدى نسبة أخرى ، في حين غالبا ما تغطّي الشكوى الجسمية قلقا وإضطرابا نفسيا قليلا ما يتجلّى بشكل مباشر في عناصر الإستكشاف الأولى . بينما يقصد المراجع بزيارته للعيادة تخفيف قلقه بنوع من الإتّصال والعلاقة مع الطبيب . .

ولا بد ، هنا ، من تحديد أن نمط هذه العلاقة يتغاير حسب الإطار المؤسساتي الذي يحيط بها فالعيادة الخاصة تختلف على هذا المستوى عن المشفى . بينما يميّز التواجد المستمر لطبيب الأسرة ضمن تاريخها الصحي هذه العلاقة . وقد يجعل آلية التحويل أكثر حدّة وعمقا مما هي عليه لدى مريض ينتقل من طبيب إلى آخر .

← خصوصية كلّ فرد ودوافعهُ في ربط علاقة إجتماعية ما عدائية أم وديّة وهي تستمد جذورها من إنفعالات ومشاعر مكبوتة عند الطفولة خصوصا تجاه الصور العائلية (الأب والأم عادة) تظلّ منبعا لاشعوريا أساسيا لأنماط بناء العلاقات لدى الفرد . بينما يمثل التحويل المضاد نمط الإستجابة اللاّشعورية على هذه الإنفعالات والمشاعر وتظاهراتها وتتطلّب من المعالج النفسي أن يستجليها بإستمرار في لاشعوره .

عثّل المرض لدى المريض شرخا نرجسيا [1] يمس استقلاليته النفسية والوظيفية وتكامل ذاته إذ يجعله يشعر بالضعف والارتباط بالآخرين ، مما يشكّل دافعا إلى النكوص النفسي الذي يبلور احيانا نمطا سلوكيا طفليا مختلفا عن سلوك المريض العادي بينا يهيمن إستيهام الموت على كلّ حالة مرض بحيث يتمثّل الطبيب صورة مُثلى تجسّد إستكمالا للطاقة النفسية اللاّزمة ، حتى يتمّ ترميم ذلك الشرخ النرجسي . ومن ناحية الطبيب ينشأ تناقض منذ بدايات دراسته للطب بين شعوره الطبيعي بالهشاشة والنموذج المثالي للقوة المطلقة الذي يسقطه المريض عليه حيث يخامره القلق بألا يتمكّن من التطابق مع المثال المتوقّع من المريض . وترتبط كيفية تجلي هذا المحور الصراعي بالبنية النفسية للطبيب وكذلك بطبيعة الشكوى المرضية ومدى خطورتها . . . .

بالاضافة إلى هذه المقاربة الأساسية التي تتّبع خطوط ومفاهيم التحليل النفسي ، والتي تتمحور حول التبادل الإنفعالي الشعوري واللاّ شعوري تشكلت حديثا مقاربة « علائقية » ضمن نظرية الإتصال يعرّف الإتصال في هذه النظرية كسياق تنتقل فيه المعلومة من مرسل إلى متلقّي ويتمّ ذلك عبر إشارات لغوية وتعبيرية أخرى وتمثل كلّ معلومة جديدة تقلصا لمجال الإلتباس أو الشك الذي يحيط بالمصدر المرسل . ضمن هذا النمط قد يرسل المريض إشارات ذات دلالة إلى الطبيب ، تحملها شكواه وأعراضه بينما قد يأخذ الطبيب هذه الشكوى والأعراض مأخذ علامات ، أي جزءا نوعيا من حالة مرضية يجب تقصّيها لا رمزا يجب تفكيكه أو تحليله إلى معناه أو هدفه الحقيقي . مما يعني أن الإتصال يحمل دائما إحتمال الإلتباس والتناقض والإزدواج سواء ضمن منظومة الإشارات الواحدة التي تحملها الرسالة العلائقية الواحدة أم ضمن منظومة تبادل ذات إتجاهين . . .

كلّ ذلك يشير إلى تعدّد مركّبات العلاقة بين الطبيب والمراجع وضرورة التنقّل الجدلي في تحليل هذه العلاقة بين النمط الصراعي اللا شعوري (الدوافع والرغبات ـ التحويل والتحويل المضاد) والنمط الإتصالي السلوكي .

(١) النرجسية : مفهوم تقدّمت به مدرسة التحليل النفسي يتضمّن كلّ ما يتعلّق بتكامل الذات وقيمتها واستقلاليتها وتشكّل عنصرا ديناميكيا جوهريا في نمو الطفل خلال سنوات حياته الأولى ، حيث تتمايز هويته عبر النرجسية البدائية التي يغذيها الإهتمام والحب والإشباع التي يتلقّاها الطفل في هذه المرحلة .

كما لا يمكن دائما التأكّد من رجاحة تأويل أحادي البعد للشكوى المرضية أي نفسية أو جسمية ، إذ غالبا ما يؤدي ذلك إلى طريق مسدود أو ثغرة تشخيصية أو علاجية يعجز الطبيب عن ملئها أو تحديد كنهها .

فحص المريض النفسي

لا يتّبع الفحص النفسي مخطّطا محددًا ودقيقا يلزم الطبيب بل يخضع لمرونة تتلاءم مع طبيعة الحالة التي يواجهها الطّبيب وخصوصيتها كما يصطبغ بخبرة الطبيب وتجربته الشخصية . إذ تتميّز مقاربة المريض النفسي بنشوء علاقة إتصالية تطغى عليها الإشارات التعبيرية ، فهي غالبا ما لا تتخللها وسائط فحص طبية أخرىٰ ، (وإن كان ذلك يتعلّق بشكل الشكوى البدئية وبموقع الطبيب كممارس عام أو أخصّائي نفسي أو غير نفسي) . فالطبيب هنا مستمع أساسا لكن لا يمكنه إهمال مراقبة التظاهرات التعبيرية الأخرىٰ التي تنطلق إراديا أم عضويا من مختلف أنحاء جسد المراجع كما يظل اللّجوء إلىٰ الفحص الطبي الكلاسيكي قائما كمتمم للتحريات التشخيصية .

أهداف الفحص النفسي :

تتعلّق هذه الأهداف ، التي تتحدّد عند الطبيب عبر سياق الفحص ، في تفاصيلها ، بموقع الطبيب ومؤهلاته واختصاصاته وكذلك بنمط الشكوى البدئيةالتي يتقدّم بها المريض وكيفية تقديمها (شكوى نفسية مباشرة أم شكوىٰ جسمية أو نفسجسمية ، المراجعة بإرادته أو بإرادة محيطة الأسروي أو الإجتماعي) . إلا أنّه يمكن ذكر خطوط عامة يستهدفها الفحص النفسي في معظم الظروف ، ضمن مراحله .

١ ـ إستجلاء الأعراض والعلاقات الحالية وارتباطاتها ومحاولة تقريبها من

تناذر مرضي ثم البحث في تاريخ المريض عن إضطرابات أو أعراض مماثلة أو مختلفة واستكشاف علائقها مع الشكوى الحالية .

٢ ـ موضعة العرض ضمن البنية النفسية للمريض وتفسير دوره في ديناميكية التوازن الحياتي ، إنطلاقا من المنظومة النظرية التي يعتمد عليها الطبيب .

٣ ـ البحث عن العناصر السببية التي لعبت أو تلعب دورا في ظهور الأعراض خلال التطور النفسي مثل العوامل العضوية ، العوامل الإجتماعية والثقافية والإقتصادية ، العوامل العلائقية ، العوامل التربوية ، الصدمات . . .

٤ ـ تحديد مشروع علاجي للمريض أو زيادة التحرّي بوسائل إختبارية وتخبرية أو توجيه المراجع الى الأخصائي الملائم .

الظروف الإجرائية للمراجعة النفسية :

إن كيفية الطلب الموجّه من أجل فحص نفسي هامة جدا فهذا الطلب قد يبادر به المريض نفسه سواء تلقائيا أو بتوجيه من طبيب آخر أو من بعض أفراد محيطه ولا شكّ أن مراجعة العيادات النفسية أصبحت تتخلّص تدريجيًا ممّا كان يشوبها من خجل وخوف من الإعتبارات الإجتماعية المتخلّفة والجاهلة . في هذا الحالة يكون المريض مستعداّ مبدئيا للتعاون . لكن ذلك لا ينفي بعض التوجّس وبروز مقاومات قيمة ولا شعورية .

في حالات أخرى قد لا يعترف المريض بأضطرابه النفسي أو ينعكس هذا الإضطراب بشدّة على سلوكه الإجتماعي ومحيطه الأسروي ، مما يدفع الأطراف الذين تنال منهم تظاهرات هذا الإضطراب الى طلب فحص نفسي للمريض وفي هذه الحالة يجب أن يتّخذ الطبيب موقعا محايدا ولا يتصرّف كواعظ يستبطن قيم أسرة المريض ومتطلباتها تجاهه اذ أن هذه الأسرة كثيرا ما تكون هي ذاتها محيطا مرضيا .

أخيرا قد يأخذ الطلب شكلا أكثر حدّة ورسمية عندما يكون المريض قد إنتقل إلى الفعل وقام بعمل عدائي يؤاخذ عليه القانون أو مثّل خطرا على ذاته أو على الآخرين ذلك يُقدّم إلىٰ الفحص النفسي بفعل إجراء إداري قضائي وفي هذه الحالة غالبا ما يكون المريض عدائياً متهيجًا وغير مستعدّ للتعاون .

يتم الفحص على المستوى المؤسساتي في ظروف مختلفة فقد يتمّ بالمشفى ممايعني المرور بإجراءات ادارية معقدّة أحيانا والإنتظار لفترات متفاوتة مما قد يرفع سوية التوتر لدى المراجع ويزيد توجّسه أما بالعيادة الخاصة فيكون المريض في وضع أكثر راحة وأقلّ تعقيدا . بينما يحدث أن يتمّ الفحص في منزل المريض حيث قد تكون الحالة إسعافية سواء كان المريض مخبولا أم متهيجا ولا بد إذّاك من إيجاد المدخل الملائم لفحص المريض .

المقابلة النفسية الأولىٰ :

تكتسي المقابلة الأولىٰ أهمية خاصة إذ غالبا ما تحدّد نوعية العلاقة العلاجية المستقبلية مع المريض . لذلك يجب أن يعمل الطبيب على توفير مناخ ثقة واطمئنان يسمح أيضاً بجمع معلومات شاملة ومتكاملةعن الحالة المرضية ،ويتمّ ذلك باستقبال المريض على انفراد وإن إقتضى الأمر ذلك ، يُستقبل من يرافقه من أفراد أسرته بشكل منعزل . كما يفضّل تأجيل صياغة الملاحظات والمعلومات الضافية التي يقدّمها المراجع إلىٰ ما بعد المقابلة حتى لا يشعر المريض بحرج يعرقل عفويته .

يشكّل تقييم نوعية العلاقة الناشئة بين الطبيب والمراجع جزءا هامّا من الفحص النفسي ، إذ يلعب تحليل التفاعل المتبادل بين الطبيب والمريض خلال هذا اللقاء دور إضاءة للعوامل الذاتية في توجّهات الطبيبْ التشخيصية ومشروعه العلاجي . ويتطلّب حركة مزدوجة من جانب الطبيب النفسي تتضمّن التماهي مع المريض والتفاعل مع سياقه النفسي الباطن وبنفس الوقت الحفاظعلى موقع مراقب ، معاكس ، للمريض لا يتأثّر بالحركات الإنفعالية التي يدخلها هذا الأخير في سياق العلاقة أو التي تبلغ في ذاته . يعني ذلك أن يكون الطبيب واعيا باستمرار بإرتكاساته الذاتية واللا شعورية التي تبرز في وعيه ، قادرا على تحييدها خارج العلاقة ، حتى يسمح هذا التفاعل بتقييم الأنماط العلائقية المهيمنة لدىٰ المريض : السلبية ، الإرتباط الطفلي ، الحاجة إلىٰ الحماية أو الطمأنة الخارجية ، التحدّي ، التوجّس والريبة ، المقاومة ، التجنّب والتهرّب أو الإقبال .

عبر هذه العلاقة يجب تقييم ثلاثة محاور هامة :

ـ درجـة وعـي المريض باضطراباتـه وتقييمه وتصوّراتـه لأسبابهـا ، ودرجـة الإستبصار والإستبطان لديه أي قدرته على الرجوع إلى ذاته في نقد وتحليل سلوكه وإنفعالاته وعلائقه .

ـ كنه وطبيعة طلب المساعدة الموّجه إلىٰ الطبيب وكيفية تشكّله وتوجهه .

ـ الطاقات النفسية لدى المريض ومدى قدرته على استثمارها .

سير المقابلة :

تشكّل الدقائـق الأولى من المقابلـة طورا هامـا قد يكون حاسما في سياقهـا اللاّحق إذ تتشكّل لدى المريض الخطوط الأولى التي ترتسم بها في ذهنه واستيهاماته صورة الطبيب وحتى تقييمه للطب النفسي ، وذلك عبر التفاعل مع بنيته واضطراباته يتحتّم على الطبيب ، ضمن مرونة علية تتفاعل مع خصوصية الموقف ونوعية المراجع أن يعمل باستماع هادىء ، مهتمّ وطيّب ، علىٰ إخفاء مناخ من الثقة والراحة تخفّف من قلق المريض ومقاوماته . هذا الموقف يفتح في البدء المجال الكامـل للمـريض للتعبير عن آلامه ومشاكله أو غير ذلك متجنّبا قدر الإمكان كثرة المداخلات وممتنعا عن التوجيهات والنصائح . في هذه البداية قد يلتزم الطبيب صمتا متفتّحا ، يدفع المريض للمبادرة بصياغة الإتصال حسب أسلوبه وعبر شكواه التي بررّت مراجعته للعيادة النفسية . وقد يخطر الطبيب عند ارتفاع سوية قلق المريض ومقاوماتـه إلىٰ دعوته بأسلوب مقتضب ومشجّع إلىٰ الحديث ، لتجنّب تزايد شحنة التوتر مع إمتداد الصمت . بعد هذا الإفتتاح الذي يأخذ فيه المريض حرية كاملة بالتعبير قد ينضب سياق الحديث اذّاك ، منعا لحلول صمت ثقيل ، يستعيد الطبيب تعبـيرا أو كلمـة بدت له مشحونة بالانفعالات أو بالدلالات الهامة لدفع المريض إلى تقديم المزيد من التفاصيـل .

أما في المرحلـة التـالية للمقابلـة ،وبهـدف إستكمال عنـاصر الإستكشـاف التشخيصي ونواقص القصّة التي قدّمها المريض عفويا ، تتزايد مداخلات الطبيب آخذة بالحسبان الديناميكية العلائقية التي نشأت ، ودون أن تأخذ شكل إستجواب إداري أو بوليسي ، إذ تتبّع مخططـا متكامـلا لكن ضمـن مرونـة ملائمـة تسمـح

باستخراج الفقرات الرئيسية لمبدأ الفحص النفسي شاملة معطيات دقيقة حول تاريخ المريض وقصته الحالية وحول مواقفه الصراعية وكيفية تصرفه حيالها ثم تقييم عام لشخصية المريض ومركّباتها .

يشمل ذلك العناصر التالية :

١ ـ الشكوى المباشرة ؛ أي الأعراض التي يعبّر عنها المريض تلقائيا وكيفية تقديمه لها ، تاريخها وتطورها ، دلالاتها وتفسيرها السببي لدى المريض ـ الأعراض التي يلاحظها الطبيب خلال الفحص (القلق ، الشذوذات الإيمائية والتعبيرية) ، الإضطرابات النفسية الحركية الإضطرابات الذهنية ، الإرتكاسات الإنفعالية . . .

٢ ـ القصة والسوابق الشخصية :

أ ـ قصة الطفولة

ـ الحمل وظروفه الصحة لدى الأم ومناخه العائلي العاطفي

ـ نوعية الولادة واضطراباتها ورضوضها

ـ مراحل النمو النفسي الحركي

ـ المناخ المادي والعاطفي لمرحلة الطفولة

ـ طبيعة التربية والمحيط الديني والأخلاقي والإجتماعي

ـ الموقع العائلي خلال الطفولة والعلاقة مع الوالدين ، إحتمال وجود إفتراق مع العائلة (لدى مربية ، أو تبني من عائلة أخرى الخ . . .)

ـ العوامل العرقية والجغرافية واللغوية وتبدلاتها (تنقلات الأسرة ، . . . تغير الوسط الإجتماعي واللغوي . . .)

ب ـ تطور المرحلة الدراسية (نوعيتها ، التكيّف ، النجاح الفشل ، مصاعبها) .

ج ـ التأهيل المهني وظروفه

د ـ الموقع الإجتماعي المهني الراهن .

هـ ـ مراحل الحياة العاطفية والجنسية ونوعيتها : يتطلّب إستكشاف هذه الناحية من حياة المراجع بعض المهارة من الطبيب ، إذ يجد المراجع بعض الحرج في سرد جوانب حياته الحميمة ، لذلك لا بد من تجنّب ما يمكن أن يحدث مقاومة من

أسئلة مباشرة بل دفع المريض إلىٰ إعتبار أهمية هذه الناحية ودور استكشافها في مساعدته على تجاوز إشكالاته . وربما يضطر الأمر الى تأجيل تحرّي بعض التفاصيل في مقابلة تالية أو عبر السياق العلاجي ويتم هنا إستجلاء نوعية التربية الجنسية المتلقّاة وأطوار النشاط الجنسي ورضوضه ، وخصوصا مرحلة البلوغ (الإستمناء ، العلاقات الجنسية الأولىٰ) الإضطرابات الجنسية (العنانة ، القذف الباكر ، البرود الجنسي ،تشنج المهبل الانحرافات الجنسية)الحمول وتطورها ، الاجهاضات ، سن اليأس . . . ويهمّ إستشفاف طبيعة ودرجة الإندماج العاطفي والإنفعالي في الحياة الجنسية ويجب أيضاً معرفة الجانب الإجتماعي الحميم :

● الزواج ، الطلاق ، العلاقات العاطفية

● الحياة العائلية إنسجامها ، إشكالاتها ، إستقلالية الزوجين

● موقع الأطفال في الأسرة والعلاقة مع الأهل ومدى متانة وعاطفية الروابط العائلية .

● الإهتمامات العامة والخاصة : الدينية العقائدية ، السياسية ، الفنية ، الرياضية الخ . . .

● علاقات الصداقة والعلاقات المهنية .

ز ـ الصدمات الإنفعالية العاطفية والأحداث الحياتية الراضّة :

● الموت (حالات الحداد)

● الطلاق ، الإنفصال أو الفشل العاطفي

● إستقلال الأبناء وزواجهم

● الهجرة ، فقدان العمل ، التقاعد . . .

ن ـ يجب إضافة لذلك البحث عن سوابق مرضية نفسية وجسمية مهما كانت قديمة وحتىٰ إن لم تتطلّب تدخّلا طبيا . من بين هذه السوابق نذكر نفسيا : حالات إنهيار نفسي أو كآبة ، حالات قلق وتوجّس ، جسميا ـ نفسيا : الرضوض ، الإدمان الكحولي أو على المخدرات ، الآفات الغدية ، النوبات التشنجية، الأمراض النفسجسمية ، الألرجيا (التحسّس) المداخلات الجراحية .

٣ ـ جمع وتحليل المعطيات الثقافية ـ الإجتماعية

فهي تسمح بموضعة الإضطرابات ضمن الظروف المحيطة بمختلف عناصرها المادية والقيمية والعلائقية التي تلعب دورا متفاوت الأهمية في نشوء هذه الإضطرابات وتطورها حسب طبيعتها .

من بين هذه العناصر :

- المناخ الإجتماعي السائد ، الموقع الطبقي والعلاقات الإقتصادية - الإجتماعية .

- القيم السائدة ، الدين ، العقيدة .

- تركيب الأسرة وحجمها وموقعها المهني ، مستواها الثقافي تنقلاتها وهجراتها .

٤ - السوابق العائلية :

- العوامل الوراثية والأمراض الوراثية

- السوابق المرضية النفسية والعصبية الإنتحار ، الأمراض النفسية (ذهان ، فصام عصابات . . .) الإدمان ، التخلف العقلي ، الآفات العصبية الوراثية والتنكسية الخ . . .

وعند الحاجة تستكمل القصة عبر المعلومات الإضافية التي تقدمها أسرة المريض خصوصا عندما يكون في حالة إضطراب وعي وتشوش نفسي لا يسمحان له بالتعاون مع الطبيب . . . وفي الحالات الحادة التي تضطرب فيها الوظائف العقلية والنفسية والعصبية بشكل عميق يأخذ الفحص الفيزيائي الضروري في كل الأحوال أولوية على الفحص النفسي مع البدء طبعا بالإجراءات الإسعافية عندما يتطلب الأمر ذلك .

الفحص الفيزيائي (الجسمي) في المقابلة النفسية

يستهدف هذا الفحص أساسا تحرّي واستبعاد العوامل العضوية كمسبب جزئي أو كلّي للإضطرابات والأعراض النفسية التي يتقدّم بها المريض . كما يدخل ضمن منهج الفحص الروتيني الشامل الذي يجب أن يقوم به الطبيب لكلّ مراجع . إن عددا من الآفات المختلفة الغدّية والعصبية والورمية والإنتانية يمكنها أن تبدأ أو تتظاهر خلال تطوّرها بأعراض نفسية .

يتم هذا الفحص بأساليب إجرائية مختلفة حسب الحالة . فهو يجرى عادة في نهاية المقابلة لكن يمكن إجراؤه في بدايتها كوسيلة لطمأنة مريض مفرط التوتر والقلق كما يمكن أن يتخلل الإستجواب عندما تكون الأعراض مزدوجة نفسية وعصبية .

أما عندما يتخذ الطبيب مباشرة موقعا علاجيا نفسيا يدفعه إلى تجنّب الفحص الجسمي ، فعليه إذاك طلب إستكمال الفحص لدى طبيب آخر .

الفحوص المتممّة

لا يجب التردّد في طلب الفحوص المتممّة وخصوصا في الحالات التالية :

- عند التردّد في التشخيص أو ضرورة دعمه بتثبيت موضوعي يمكن اللجوء إلى القياسات والإختبارات النفسية التي منها ما يقيّم الوظائف العقلية ومنها ما يستخرج العناصر المرضية وبنية الشخصية ومنها ما يميّز بعض الآفات العصبية العضوية .

ـ عندما لا تبدو الأعراض النفسية منسجمة مع بنية شخصية المراجع وقصته بل يشير بعضها إلى سببية عضوية اذاك يمكن طلب تخطيط دماغ كهربائي وفحوص عصبية ـ شعاعية وبالنظائر المشعّة ، أو معايرات مخبرية شواردية وبيولوجية وهرمونية .

ـ عند مشروع علاجي دوائي لا بد من إجراء التحريات اللازمة للتأكد من غياب مضادات الإستطباب أو للسيطرة على إضطرابات حيوية قد يحدثها دواء مثل الليثيوم .

أخيرا يختتم الطبيب المقابلة باسلوبه وحسب سياقها النوعي ويكون إذاك قد حدّد مشروعا مستقبليا للتعامل مع مريضه من احتمالاته :

ـ أحياناً لا تكون عناصر التوجه التشخيصي كافية لسبب أو آخر (مثل مقاومة المريض) . إذاك يقترح لقاءً جديداً بعد بضعة أيام .

ـ أحيانا أخرى تكون حالة الإضطراب شديدة وتتطلّب علاجا إستشفائيا ، إذاك يناقش الطبيب مع المريض أو إسرته الإجراءات اللازم إتخاذها او إتباعها لإدخاله إلى المشفى .

ـ في حالات أخرى غالبة يبلور الطبيب مشروعا علاجيا يتولاه هو ذاته إنطلاقا من المقابلة الأولى سواء كان نفسيا بحتا أم مشتركا نفسيا ودوائيا أو يحوّله إلى أحد زملائه المختصين بالعلاج النفسي .

الاختبارات والقياسات النفسية

أ ـ قياسات الوظائف العقلية :

1 إختبارات الذكاء :

توجد عدة إختبارات للذكاء أكثرها شيوعا سلم ويكسلر للذكاء لدى الكهول W.A.I.S. ويتشكل من :

ـ ست إختبارات كلامية : تعتمد على اللغة والمعلومات الشائعة ، والفهم

وترديد الأرقام والمحاكمة الحسابية والتعرّف على التشابه والتماثل (القدرات التجريدية)

ـ خمس إختبارات عملية تنفيذية : تستخدم ملكات الإدارك والتحليل والمحاكمة : تنظيم صور ، استكمالها ، تركيب مكعبات كوهس تجميع أجزاء شكل أو صورة . . الخ يتيح هذا الإختبار تمييز الذكاء اللغوي عن الذكاء العملي .

2ـ المقياس الوحيد المشبع بالعامل العلم (سبيرمان) :

من أشكاله :

48 = يتضمن مجموعة من المسائل يتكون كلّ منها من مجموعة من الدومينو يجب كشف القانون الذي يجمع بينها وتكميلها .

يتم تحديد الاضطرابات الطارئة على الملكات العقلية لاضطرابات نفسية أو عضوية بالمقارنة مع معايير السواء ، والقدرات السابقة وتفاوت القدرات العقلية فيما بينها . وتوجد إختبارات خاصة لكشف الإصابات الدماغية العضوية كاختبار الحفظ البصري لبنتون (يتم عرض أشكال محددّة أمام المريض خلال عشر ثواني ويطلب منه إعادة رسمها مباشرة ويتمّ تقديمها نوعيا وكمّيا) واختبار «بندر» واختبار «راي» ذو الشكل المركّب ، إختبار « روشاش » بشكل إدراكي) .

كما توجد إختبارات نوعية للغة والذاكرة كاختبار «هاد» للعمه اللغوي وسلم الذاكرة لويكسلر : وهو اختبار مركّب مرتبط بالعمر يتضمن سبعة أقسام :

معلومات شخصية وعامة ـ التوجه الزماني المكاني ـ التحكم الذهني : عدّ تنازلي ، من الأحرف الهجائية . . . ـ الذاكرة المنطقية والتجريدية ـ الذاكرة الحسابية المباشرة ـ ذاكرة الأشكال الهندسية ـ ذاكرة الكلمات المتماثلة . . .

ب إختبارات الشخصية

1 ـ الاختبارات القياسية

ـ إختبار الشخصية متعدّدة الأطوار لمنيسوتا M.M.P.I. أكثر الإختبارات إستخداما في الطب النفسي يتكوّن من خمسمائة وخمسين سؤالا مكتوبا تتمّ الإجابة

عليها « بصح » أو « خطأ » يكشف الإختبار عن محتوى التفكير والسلوك والمواقف والحياة العلائقية والإنفعالية وبالتالي مختلف سمات الشخصيات والأعراض المرضية .

تصنف النتائج طبقا لتسعة سلالم سريرية وأربعة للتحرّي . ويمثل كل سلم مقياسا لتناذر مرضي معين : 1) المراق 2) الهمود 3) المستيريا 4) السيكوباتيا 5) الفصام (6 الأنوثة ـ الذكورة (7 الزور (البارانويا) (8 الوهن النفسي (9 الهوس .

ـ اختبار كاتيل : يقيس ستة عشر عاملا ثنائي القطب للشخصية معزولا بالتحليل العاملي .

ـ مؤشر كورنل = يسمح خصوصا بتمييز الإضطرابات العصابية .

2 ـ الاختبارات الإسقاطية :

تسمح هذه الإختبارات بتقييم عام للشخصية . فهي غير مهيكلة تتيح للفرد إسقاط نزعاته النفسية العميقة عبر أسلوبه في تأويلها وتكميلها والتقنيات الإسقاطية متنوعة أهمها :

ـ التقنيات التكوينية : رورشاخ

ـ التقنيات التأويلية (إختبار الإدراك المميّز ذو الموضوع حيث يحاول الفرد استيحاء قصة من خلال لوحة غير واضحة المعالم تمثل مشهدا معيّنا)

ـ التقنيات التركيبية الخ . . .

ـ إختبار رورشاخ :

أكثر الأختبارات الإسقاطية استخداما في الطب النفسي :

يتكوّن من مجموعة لوحات (عشرة) تتكون من بقع حبر متناظرة سوداء ومتعددّة الألوان . تقدمّ للفرد متعاقبة ويطلب منه وصف الإنطباع الذي تتركه لديه هذه اللوحات وتحوي كل إجابة عدة أبعاد أهمها :

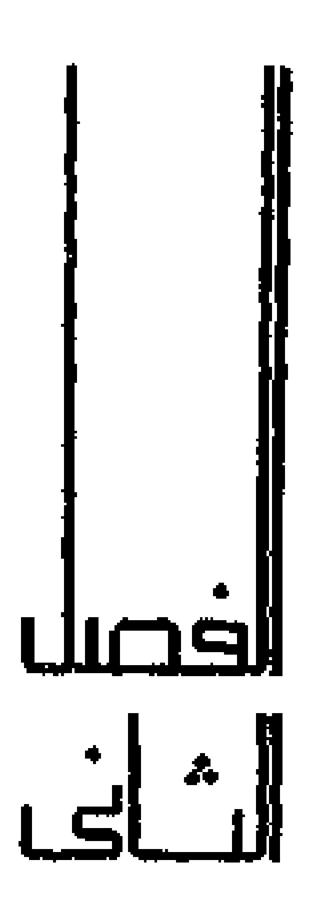
ـ نمط الإجابة : شاملة أم تفصيلية .

ـ دافع الإجابة : شكل البقعة أم لونها ام حركتها الخ .

ـ مضمون الإجابة وموضوعها التأويلي حيوان ، إنسان ، نبات ، جماد ، موضوع آخر .

ـ البعد العام : الإستجابات الشائعة والشاذه ، سرعة الإجابات وعددها ونوعيتها . يتمّ تفسير حاصل الإختيار بالبحث عن تطابق مجموعة الإجابات مع علامات مرضية عصابية أو نفاسية إنطلاقا من مقاييس تعتمد على إستجابات أنماط المرضى حسب التشخيص .

كما يجري تحليل نوعي يخص الفرد بالذات ويتعلّق ببنيته وديناميكيته النفسية وطبيعة نزعاته وإنفعالاته وصراعاته اللاشعورية وأنماط دفاعاته الأنوية .



تشكّل الشخصية ونموّها

تتشكّل شخصية الإنسان إنطلاقا من نمو وتفاعل العناصر البيولوجية والنفسية التي تمثل قاعدة غير متمايزة لدى الولادة ، تنخرط بفعل العوامل الوراثية والمحيطية في سياق تطوري تتبلور فيه المكوّنات الأساسية لهذه الشخصية . العقلية والإنفعالية والإرادية والفيزيولوجية والمورفولوجية . وهي تنتظم في علاقة ديناميكية يتباين توازنها ونوعية تطوّرها حسب العمر والمحيط والعناصر المرضية النفسية والبيولوجية . إلا أنها تستهدف في صيرورتها السوية بناء وحدة وتمايز ناضجين يمكّنان الفرد من تثبيت ذاته وملء وظائفه الشخصية والإجتماعية بما يجلب له متعة ورخاء ويعطيه موقعاً فاعلاً في المنظومة الإجتماعية . يعني ذلك ، إذن ، أن الشخصية تخضع في تشكّلها لمحدّدين إثنين أولهما إستعدادات الكمون البيولوجي ـ الوراثي وثانيهما التكيّف مع متطلبات المحيط الإجتماعية ـ الثقافية . وتنجم عن تفاعل كليهما البنية الخصوصية لشخصية كلّ فرد .

إن أساليب دراسة نمو الشخصية متباينة حسب إتجاهات الباحثين واهتماماتهم . إلا أنها تكاد تجمع على محاور رئيسية تشكّل خطوطا يتبعها الفرد من النشأة الأولى حتى الكهل المتكامل وهي :

- النمو النفسي - الحركي .
- النمو العقلي والمعرفي .
- النمو الغريزي - الإنفعالي .

النمو النفسي - الحركي

إن النشاط الحركي أداة أساسية في التعرف على المحيط والسيطرة عليه ، ولا يمكن الإقتصار على إعتباره من الجانب العصبي - الفيزيولوجي فحسب ، فهو يعكس أيضا الحياة النفسية . ممّا يشير إلى أهمية التفاعلات النفسية والحركية خصوصا في أطوار النمو لدى الطفل .

لقد أدخل « دبريه » في بداية هذا القرن المفهوم النفسي الحركي الذي تطوّر إلى قانون التوازي النفسي الحركي أو توافق النمو الحركي السوي والنمو الذهني السوي . إلا أن هذه الصورة مبسّطة لا تأخذ بالحسبان التعقيد الذي يميّز نمو الطفل ولا ينال ذلك من أهميتها . . وإن يحدث أحيانا أن نشاهد في النمو الطفلي الباكر لا توافقا يتمثّل مثلا في تأخر النمو الحركي دون أن يترافق ذلك باضطراب ذهني .

بالإضافة لذلك لا يمكن فصل النشاط الحركي عن ميادين الذكاء والمعرفة خصوصا عندما يكون هادفا يتعلّق بعمليات التكيّف وتذليل الإشكالات . « فوالون » الذي يدمج العناصر البيولوجية في نمو الجهاز العصبي والعوامل الإجتماعية العلائقية في النمو النفسي للطفل ، يحدّد أطواراً متتالية تتمثل في : الإستكشاف ، التقليد ، التمايز تتعاقب على وقع أزمات المعارضة ، الأصالة ، المراهقة الملازمة لدنياميكية التطوّر النفسي والتي تسمح بتبلور التفرّد عبر العلاقة الجدلية .

بينما يربط « جيزل » بين عوامل النضج العصبية البيولوجية وأنماط السلوك التي

يمكن مراقبتها وتسجيلها وقياسها ويقدّم معايير نمو تعتمد على إحصاءات ومقاييس نموذجية .

لا يرتبط التطوّر الحركي بالتطور الذهني مثل نمو اللغة والترميز فحسب بل يتعلق أيضا بالنمو الإنفعالي الذي يؤثّر على المقوّية والوضعة كما أن الجسد يمتلك لغة علائقية تسبق اللغة الكلامية . وتحمل شحنات عاطفية قوية . لذلك يتأثّر النّمو الحركي والتعبيري للجسد بالقيمة العاطفية التي يتلقّاها من الخارج وما تحمله من أمن ومتعة أو عكس ذلك .

أسس النمو النفسي ـ الحركي :

يتكامل النمو النفسي ـ الحركي حسب الأسس والقوانين التالية :

١ ـ يتعلّق نمو وظيفية حركية معينة بنضج البنى التشريحية الموافقة لها .

٢ ـ تتّجه الحركية العامة العشوائية لدى الوليد إلى تمايز أكثر فأكثر دقّة ووظيفية .

ويتم هذا التطور تدريجيا حسب قانون تغاير في الأطوار تحدث فيه مراحل تقدّم سريع ثم ركود بل وتحدث أحيانا تراجعات تسبق تغيّرًا شاملا . . .

٣ ـ إن النمو النفسي الحركي يخضع لمحدّدات عضوية صارمة لكنه يتأثر أيضا بشدة وبشكل حاسم بالشروط الخارجية والمثيرات التي تنبع منها بحيث لا يمكن الإستغناء عن البعد العلائقي في الإنتظام الوظيفي للبنى العصبية .

النمو الذهني والمعرفي

يوجد لدى الباحثين بعض الصعوبة في إيجاد تحديد دقيق لمفهوم الذكاء . فأنماط الذكاء تتمايز حسب ميادين تجلّيها على المستوى المجرّد أو العملي . ويرجع علماء النفس خصوصا إلى الروائز النفسية والتحليل العاملي للبحث عن العوامل المميزّة لأنماط الذكاء والعوامل المشتركة إلا أن ذلك لم يأت بنتائج حاسمة ولا يزال بعض العلماء يفترض وجود عامل ذكاء عام (عامل سبيرمان) ، بينما يفترض آخرون وجود عدة عوامل تتفاعل بأساليب مختلفة (ثرستون) .

لذلك يُرجع إلى معايير كيفية لتقديم تعريف للذكاء على أساس أنه يتجلّى في لقدرة على بناء معارف ومعلومات حول المحيط يسمح بتطويرها النموّ والتعلّم ، وتخزين معلومات عن التجارب الماضية وبناء مخطّطات لتكييف الذات مع المحيط والمحيط مع الذات وإدماج هذه المخططات وتوقّع مواقف مستقبلية واعداد إستجابات ملائمة لها . . . (ريشيل) .

درس « بياجيه » خلال نصف قرن نمو الذكاء لدى الطفل وآعتبر أن وظيفته تتمثّل في تكييف الفرد مع المحيط عبرآليتين متلازمتين : الاستيعاب والمطابقة . . . وحدّدأربعة أطوار متعاقبة للنموّ الذهني هي :

1 - الطور الحسي الحركي : من الولادة حتى سن 18 شهرا .

أ - الذكاء الحسي - الحركي وهو ذكاء تجريبي بحت متلازم الواقع والآن دون اتمثّل ذهني .

ب - بناء موضوع الإدراك .

● مرحلة تلازم إدراك الأشياء مع الرغبة (لاتمايز بين العالمين الداخلي والخارجي) .

● مرحلة التواجد الجزئي للشيء : يتميّز الشيء عن رغبة الطفل المباشرة لكن إهتمامه بالأشياء يزول بمجرّد اختفائها عن مجاله الحسي .

● مرحلة التواجد الدائم للشيء حيث يصبح الطفل قادرا على الربط بين عدّة ارتسامات حسية حركية (من 9 إلى 18 شهراً)

2) - الطور ما قبل العملياتي

أ - حيث تنمو الوظيفة الترْميزية عبر خمس ظواهر سلوكية :

- التقليد المرُجأ

● الألعاب الرمزية .

● الرسم .

● الصور الذهنية .

● اللغة .

ب ـ نمو التفكير

١ ـ مرحلة التفكير ما قبل التجريد العقلي وهي تستمر من ١٨ شهر حتى الأربع سنوات .

٢ ـ مرحلة التفكير الإستنتاجي وتستمرّ من ٤ إلى ٧ سنوات .

٣) ـ الطور العملياتي

في هذا الطور يكتسب الطفل ملكة المحاكمة المنطقية العملية ثم المجدّدة

أ ـ مرحلة العمليات المادية : من ٧ حتى ١٢ سنة .

ب ـ مرحلة العمليات الصورية بداء من الثانية عشرة .

إلى جانب نظرية « بياجيه » تقدم مدارس وعلماء آخرون نظريات مختلفة مثل « فالون » الذي يرسم التاريخ الطبيعي لنمو الطفل وذكائه عبر دراسته لما يسميه « المواقف » التي تدخل فيها السياقات المعرفية دون الرجوع إلى منظومة نفسية باطنة . ويتمّ تطوّر الذكاء تبعا للعوامل والمراحل التالية :

١ ـ نضيج الجهاز العصبي .

٢ ـ يتم تطور الذكاء بحدوث تمايز تدريجي ينتقل من مرحلة تفكير يدمج فيها الطفل بين رغبته وخياله والواقع الخارجي إلى مرحلة تفكير موضوعية بفضل التمايز بين الذات والآخر وبين الفاعل وموضع الفعل .

٣ ـ التطور من ذكاء عملي إلى ذكاء إستدلالي عبر إستبطان الفعل .

٤ ـ تمرّ الإكتشافات الذهنية للطفل بألعاب المقابلة النوعية قبل المقابلة الكمية (كبير/ صغير ، قليل / كثير) حيث يؤدي ذلك إلى التفكير النمطي والتوزيعي .

أما في منظومة التحليل النفسي فيتموضع الذكاء ضمن العلاقة الدنياميكية مع عناصر البنية النفسية الأخرى حيث ينجم التفكير عن ضرورات باطنة لتطوّر الجهاز النفسي بهدف الإستجابة لحاجات نزوعية ونجد هذا الخط لدى (فرويد ، سبيتز ، كلاين ، سيغال ، بيون) . بينما يرى هارتمان وكريس ولوفنشتاين أن الأنا وخصوصا الذكاء يتطوّران بشكل مستقلّ ويتغذّيان من طاقة محايدة لا تنبع من الغرائز إلا أن الطاقة الغريزية (أو النزوية) والسياقات الأولية (أي اللا شعورية) قد تغزو الأنا .

كذلك تقدم نظرية التعلّم (بافلوف) منظومة بنيوية وديناميكية للذكاء تتطور ضمن المدارس السلوكية والسيبرنيتيكية الحديثة .

تطور المواقف والسلوكيات النفسية

قامت المدرسة السلوكية الجديدة (Neo - behaviorism) بدراسة عبر إدماج ثلاث نظريات : علم الإرتكاس والإشراط لدى « بافلوف » ، السلوكية لدى « واطسون » ونظرية التعلّم لدى « تورنديكه » .

تحمل هذه المقاربة إتجاها « وضعيا » (Objectivist) يعتمد على قوانين الإشراط والتعلّم في تفسير التشكّل النفسي . كما أدخل « هول » مفهوم الدافع والإثابة كمحدّد جوهري للسلوكيات التي تتشكّل إنطلاقا من محاولات متعاقبة موجهة نحو هدف يجب إدراكه . إلاّ أن عقبات تعترض هذا السياق منها خصوصا الحرمان حيث يجد الفرد نفسه محروما من إشباع كان يستهدفه ممّا يفرض عليه تكيّفا جديدا إستثنائيا والصراع الذي يتمثّل في إلتقاء إنفعالين متناقضين لدى نفس الفرد .

تخصصّ النظرية السلوكية الجديدة موقعا جوهريا للاّشعور وتربط تشكّل شخصية الإنسان بالقدرة على إستيعاب وتحمل حالات الحرمان وعلى التعامل بشكل متكيّف مع الصراعات ، ممّا ينجم عنه مفهوم . . « التعوّد » الذي هو يوفّق بين الإثارة والإستجابة .

النمو الغريزي ـ الإنفعالي (أو العاطفي)

يتبّع النمو الغريزي الإنفعالي خطّا تطوّريا له خصائصهُ المستقلة ، من الطفولة حتى الكهولة لكنهّ يتفاعل أيضا مع ميادين النمو الأخرى ، أي النمو الجسدي والحركي واللغوي والذهني .

يشمل الإنفعال العواطف والمشاعر وكلّ الحالات الوجدانية المريحة أو

الممضّة ، النوعية أو الغائمة التي تتظاهر بشكل إنفراغ كتلي أو حالة عامة مديدة (لا بلانش ـ بونتاليس) .

تولي نظرية التحليل النفسي إهتماما جوهريا لهذا المجال التطوري الحيوي وتربطه بصيرورة الليبيدو (الطاقة النفسية الغريزية) الطفلية وتقدّم مخطّطا لتشكّل الشخصية ونضجها يتمحور حول ديناميكية النزعات الطفلية وصيرورتها . كما أن دراسة علم النفس المرضي كثيرا ما ترجعنا إلى إضطرابات نفسية ـ إنفعالية تتمفصل مع الأنماط النفسية ـ الدنياميكية التي ساهمت في تشكل الشخصية . لذلك لا بد من إستعراض المفاهيم العامة والأساسية لنظرية التحليل النفسي التي قدّمت تصوّرا ديناميكيا وتطوّريا للبنية النفسية وصيرورتها .

نظرية التحليل النفسي

يعتبر علم الشخصية التحليلي أن البنية المستقبلية لشخصية الفرد تترسّخ دعائمها الأساسية خلال السنوات الأولى من الحياة الطفلية حيث تتشكّل عناصر المنظومة النفسية عبر التفاعل التآلفي والصراعي بين النزعات والغرائز وبين المحيط الطبيعي والإجتماعي وضغوطه ، وذلك بإتجاه أجمعة (Socialisation) تدريجية لهذه النزعات ضمن الديناميكية النفسية اللاّشعورية أساسا .

ويتكوّن علم النفس التحليلي من ثلاث مركبّات جوهرية .

- المركّبة النموذجية (بنيان المنظومة النفسية)
- المركبةالدنياميكية .
- المركّبة الإقتصادية - الطاقوية .

كما يعتمد على نظرية نشوء تطوّري بيولوجي - نفسي وعلى أساس هذه المعطيات تشكّل البنية الديناميكية للشخصية .

I - بنية الجهاز النفسي وعمله

أ - الديناميكية النفسية

في مفهوم التحليل النفسي يمثّل كلّ موقف أو سلوك تعبيرا عن صراع ما بين قوى ونزعات ورغبات متعارضة أو متباينة سواء بين الفرد والمحيط الخارجي أم داخل الفرد ذاته . فعندما تصطدم نزعة غريزية بتحريم يأتي من المحيط الإجتماعي أو من الرقابة النفسية الداخلية التي يمثّلها «الأنا الأعلى » ، فإن التفاعلات تؤدّي إلى نشوء

آليات دفاعية تساهم في تشكل حلول وسط بين التحرير وإشباع الرغبة .

ب ـ العنصر الإقتصادي ـ الطاقوي في الجهاز النفسي .

يستمدّ الجهاز النفسي منابع نشاطه من طاقة نفسية ـ تتأتّى من النزعات والغرائز . . .

والنزعة دافع نفسي داخلي ثابت ومستقر لا يمكن تجنّبه أو إلغاؤه (على المستوى البنيوي) ينشأ من حالة إثارة داخلية تحدث توتّرا ، يهدف إلى تحقيق هدف نوعي يؤدي إلى إنحلال التوتّر . أما موضوعه فهو الأداة التي يمكن بواسطتها الوصول إلى الهدف .

يميز فرويد نوعين أساسيين من النزعات .

١ ـ النزعات الجنسية :

لا يقصرها فرويد على الأنشطة والمتع المتعلّقة بالوظائف التناسلية بل يشمل بها سلسلة من الإثارات والأنشطة الطفلية التي تؤدي إلى بلوغ متعة متعلّقة بإشباع حاجيات فيزيولوجية أساسية (كالتنفس والتغذية والإفرازات الخ) . . .

لذلك تمثّل الليبيدو طاقة مشتقّة من النزعات الجنسية تتظاهر طوال النمو بأشكال مختلفة يستثمرها الطفل في مناطق إثارة شهرية (الفم ، الشرج ، القضيب) وتتمركز عند النضج على المجال الجنسي التناسلي للكهل . إلا أنها تتغاير أيضا في تجلّياتها نسبة للموضوع (مواقع إستثمار الطاقة النفسية) ونسبة للهدف (التصعيد المبدع مثلا) وعلى مستوى مصادر الإثارة الشهوية .

٢ ـ النزعات العدائية .

إعتبرها فرويد في البداية تعبيرا عن الحرمان واللاّإشباع اللذين يعترضان الغرائز والنزعات من حيث أنهامصدر لطاقة يستهدف التغلّب على هذه العقبات . . ثم أنتقل (فرويد) إلى إعتبار العدائية تعبيرا عن نزعات الموت التي تتعارض وتتناقض مع نزعات الحياة وهي تهدف إلى إلغاء حالة التوتر بشكل كامل بالعودة بالعضوية إلى الحالة الجامدة . تتجه هذه النزعات ـ حسب هذه النظرية ـ في البداية ، نحو التدمير الذاتي ثم تقوم الليبيدو من جانب والعلاقة الأمومية من جانب

آخر بتحديد هذه النزعات وتشذيبها وتوجيهها نحو الخارج .

يستهدف الجهاز النفسي دائما إلغاء التوتّر الناجم عن تراكم طاقة النزعات (الطاقة النزوعية) تبعا لمبدأ الثبات والإستقرار . لذلك ينزع النشاط النفسي إلى تحقيق المتعة وتجنّب الألم بإفراغ الطاقة النزوعية فالجهاز النفسي يعمل طبقا لمبدأ اللذة .

يحرّك هذا المبدأ حياة الرضيع في المرحلة الأولى من وجوده وعند غياب موضوع المتعة (الثدي) يعوّض ذلك بالمحاولة اشباع هلواسي للرغبات . إلا أن هذا السياق الأولي يعجز عن تخفيف التوتّر ويصدم الطفل مع تجربة الواقع بحيث يجُبر الجهاز النفسي على التمييز بين متطلبات الذات ومتطلبات العالم الخارجي وإذاك يخضع لمبدأ الواقع ويعمل طبقا للسياق الثانوي . وتنجم الصراعات النفسية عن تعارض مبدأ الواقع مع مبدأ اللذة .

يمُيز في النزعة ضمن السياق النفسي عنصران لا يتبّعان نفس الصيرورة في الجهاز النفسي هما التمثّل : وهو المضمون الواقعي لسياق فكري سواء كان تذكّرا أم استيهاما وتصورا أم تجريدا . والعنصر الثاني هو الوجدان وهو التعبير الكيفي عن مستوى الطاقة النزوعيةوتبدلاتهامتمثّلاًبأحاسيس الفرح والحزن والألم الخ . . . .

البنية النموذجية للجهاز النفسي

تعتبر نظرية التحليل النفسي أن الجهاز النفسي يتمايز إلى عدد من المنظومات التي تتميّز ووظائف متباينة وتتّبع إنتظاما داخليا محدّدا . وقد قدّم فرويد نموذجين متعاقبين لتقسيم الجهاز النفسي إلى مساحات أو مناطق نفسية مع أعتبار هذا التقسيم تجاوزيا يسمح بتقديم تمثيل طوبوغرافي يسهل البحث والعلم .

١ ـ النموذج الأول :

يتمحور حول التعارض بين حياة نفسية شعورية وحياة لا شعورية تخضع الأولى لمبدأ الواقع والثانية لمبدأ اللذة ويردف ما قبل الشعور ، اللاشعور الذي يقدم

وجوده تعليلا للأحلام والهفوات (الزلات اللاشعورية) والأعراض العصابية ، يحتوي اللاّشعور أساسا على الرغبات الطفلية المكبوتة ضمن سياق آلية دفاعية ضد الحصر والقلق الناجمين عن توقّع نتائج وخيمة لتنفيذ هذه الرغبات . ولا تتمكّن التمثلات المكبوتة من الرجوع إلى حياز الشعور إلا عبر أشكال وسيطة ترضي بنفس الآن ، الرغبة اللاشعورية والرقابة التي تنبع منها الطاقة الكابتة ، فتتظاهر بشكل الأحلام والأعراض المرضية الخ . . . .

٢ ـ النموذج الثاني

غيّر « فرويد » ، بدءا من عام ١٩٢٠ نموذجه الطوبغرافي الأول للجهاز النفسي واستبدله بمنظومات ثلاث = الهو ، الأنا ، الأنا الأعلى .

ـ يمثّل الهو القطب النزوعي ـ العزيزي في الشخصية : محتويا المكبوتات خاضعا لمبدأ اللذة وهو يقابل اللاشعور .

ـ الأنا

وهو يمثل أساسا الجزء الشعوري من الشخصية ، إلا أن قسما منه يتواجد ضمن اللاشعور . من وظائفه الأساسية العمل على التوفيق بين الواقع والرغبات الذاتية ، فهو ينشأ من التفاعل مع المحيط الخارجي ويتواجد في موقع الوسيط بين نزعات الهو ومحرّمات الأنا الأعلى . وظائفه الأساسية أيضا بناء آليات دفاعية (لا شعورية) ضد الحصر والقلق الناجمين عن الصراعات النفسية الباطنية .

II المفهوم النشوئي في التحليل النفسي

يتعلّق هذا المفهوم بنمو الفرد وتطوره طبقا لقوانين ومراحل بيونفسية وديناميكية ، أساسا على المستوى الغريزي الإنفعالي ، حيث تتبع الليبيدو مراحل تطوّر منتظمة منذ الطفولة حتى المراهقة ويمكنها أن تخضع لنوعين من العقبات :

١ ـ التثبيت : حيث تتثبّت النزعات الجنسية حول مرحلة من النموّ بفعل إرتباط الليبيدو بقوة بأشخاص أو تمثّلات وتستعيد نفس نمط الإشباع . . .

٢ ـ النكوص = ويعني عودة عناصر متقدّمة من النمّو إلى أحدى المراحل التطورية السّابقة ، يحدث ذلك عندما تصطدم نزعة معينة خلال قيامها بوظيفتها أي تحقيق إشباعها لخفض التوتر وإزالة الإثارة بموانع خارجية قوية .

يولد الطفل وهو يحمل لا تمايزا إنفعاليا ويبدأ إتصاله بالعالم الخارجي عبر حواسّه التي تنضج وتتكامل وظائفها تدريجيا ، وعبر علاقته الحيوية بأمّه ، هذه العلاقة التي تحمل له متعة وإشباعا يخففان توتّراته التي يعجز عن مواجهتها بمفرده .

يميز « سبيتز » ثلاث حركات ناظمة متعاقبة تمثّل مراحل يتم فيها إدماج نوعي لعمليات التطور مشيرة إلى نشوء بنية نفسية متطورة ، وتلعب الأم في ذلك دورا أساسيا :

١ ـ الحركة الأولى هي ظهور الإبتسامة على سيماء الرضيع في نهاية الشهر الثالث ، كاستجابة إجتماعية ، وهي أولى علامات الاتصال الاجتماعي .

٢ ـ الحركة الثانية هي ما يسمى « قلق » الشهر الثامن ، الذي يحدثه غياب الأم حيث يميّز الطفل العالم الموضوعي المحيط به ويدرك إرتباطه وحاجته إلى الموضوع المميز (الأم) الذي يؤدي غيابه إلى تألمه .

٣ ـ الحركة الناظمة الثالثة هي ظهور إشارة النفي أو المعارضة لدى الطفل من بين الشهر الثاني عشر والثامن عشر . فهذه الـ« لا » تعطيه نوعا من السلطة على العالم الخارجي وتخفيفا لإرتباطه به .

أ ـ المراحل ما قبل التناسلية

إن هذه المراحل لا تتحدّد بدقّة ، بل هي تيارات تطوّرية متعاقبة ، تتداخل في سياقها الزمني . وتقود إلى إعتبار أن النزعات الطفلية الباكرة هي ذات إتجاه شهواني ذاتي (النرجسية الأولية) أكثر منها باتجاه مواضيع خارجية .

١ ـ المرحلة الفمية

تشمل السنة الأولى من حياة الطفل الذي يتمثّل سلوكه الفيزيائي إذاك في الرضاع والتعرّف على الأشياء بفمه الذي هو واسطة علاقته وتبادله مع أمه التي تمثّل

العنصر الأهمّ في وجوده ، كما أنه مركز المتعة واللذة ومصدرهما .حيث يكتشف الطفل إن إثارة الفم حتى دون غذاء (بمص الإصبع الابهام مثلا) تجلب لذة ويحدث التبادل عبر الفم بالإبتلاع (الذي يصبح تدريجيا على المستوى النفسي : الاستبطان) ، أو بالرفض (منبع الإسقاط) .

يميّز « كارل ابراهام » طورين في هذه المرحلة : أولها الطور السلبي حيث يسيطر المص والطور الفاعل الفمي ـ السادي حيث يصبح الطفل قادرا على عضّ الثدي أو غيره من الأشياء . وتورث هذه النزعة العدوانية شعورا بالذنب لدى الطفل الذي يتميز شعورهُ في علاقته مع الموضوع (أمه أو من يمثّلها) بالتكافوء الضدي حيث تكون الأم موضوع حبّ عندما تشبع الرغبة وموضوع حقد عندما تحرم الطفل . يبدأ هذا الأنفصام بين الموضوع الطيّب والموضوع السيء ، تجاه الموضوع الجزئي (أي الثدي عندما لا يميّز الطفل أمه ولا يميّز بين ذاته والثدي يشبع رغبته) خلال الأشهر الأربعة الأولى ويخفّف هذا الإنفصام من القلق المرتبط بالسادية الفمية (تسمي ميلاني كلاين هذا الطور : الموقف الذوراني) إثر ذلك يتلاشى الانفصام ويتبلور الموضوع المتكامل فيحدث قلق استيهامي شديد خوفا من تدمير هذا الموضوع (الموقف الهمودي)

يسيطر الهو طوال هذه المرحلة على انتظام الشخصية حيث ينشأ أنا لا يزال ضعيفا وسلبيا وينتقل ، بفضل موقف ملائم من الأم ، من السياق الأولي الى السياق الثانوي ومن مبدأ اللذة إلى مبدأ الواقع .

إذن تتمثّل مصادر القلق لدى الطفل في هذه المرحلة ، في الخوف من الحرمان الغذاء والرضاع والإحساس بالإهمال والوحدة . وتتولّد الأزمة النفسية من الصراع بين الإطمئنان إلى العالم الخارجي (الاجتماعي) وبين الريبة وفقدان الثقة ، بحسب الاشباع البيولوجي والنفسي الذي يحصل عليه الطفل . . .

يتسّم النكوص في هذه المرحلة بقاعدة نفسية مسيطرة تتمثّل في الحصر النفسي والهمود واضطراب الهوية وتتظاهر سريريا بالإدمانات والسيكوباتيا (الطباع المرضية) والجنسية المثلية وفي الحالات الوخيمة بالذهان (السوداء الإنتكاسية ، الفصام ، النفاس الهوسي الهمودي)

٢ ـ المرحلة السادية ـ الشرجية

تظهر في هذه المرحلة ـ اهمية النزعات العدائية وهي تستمر خلال السنتين الثانية والثالثة . تتمركز منطقة الإثارة الشهوية في الحيّز الشرجي ـ المستقيمي حيث يصبح التحكم في المصرات ممكنا وتحتل المتعة المرتبطة بالتبرز والصراعات المتعلّقة بها موقعا أساسيا .

يقسم « كارل ابراهام » هذه المرحلة إلى طورين متعاقبين :

١ ـ ترتبط المتعة في الطور الأول بإخراج المواد البرازية وكذلك النزعة العدائية . ويستثمر الطفل إمكانية معارضة رغبة أهله بنظافته .

٢ ـ أما في الطور الثاني فتتعلّق المتعة بالإمساك والنزعة السادية بالضبط الإمتلاكي حيث يكتشف الطفل الأهمية التي يعلقها أهله على موادّه البرازية ويماثلها بهدية يقدّمها أو يمتنع عن ذلك .

يسمح تعلّم النظافة ولو عبر سياق صراعي بتطور النضج إذ يتنازل الطفل عن المتعة البرازية لفائدة متعة أجتماعية أرقى تتمثل في إرضاء أمه بقبول القواعد التي تفرضها على مستوى النظافة . حيث لا ينحلّ الصراع إلا بعملية تصعيد من هذا النوع .

يستمر التكافؤ الضدّي في هذه المرحلة ، في السيطرة على العلاقة بالموضوع حيث يتواجد الحب والكره العدائي تجاه الأم خصوصا عندما تبدأ بفرض محرّمات على الطفل . كما أن التكافؤ الضدي يتظاهر أيضا على مستوى الوظيفية الشرجية الإفرازية حيث يمكن إخراج البراز بشكل فاعل . كما يمكن الإثارة بتواجد جسم (مثل الكتلة البرازية) في المستقيم . بحيث تتأثر النزعات الجنسية وطبيعتها العلائقية بالإتجاهات الفاعلة أو المنفعلة التي تؤثر فيها المرحلة الشرجية .

تتزايد في هذه المرحلة قوة الأنا كما يتدعّم مبدأ الواقع والسياق الثانوي . بينما يظل الإنتظام البنيوي متعلقا بالعلاقة الثنائية مع الأم . . .

تتمثل الأزمة النفسية ، في هذه المرحلة ، في الصراع بين تثبيت الذات والخجل والشك بالذات . . . يرمز الضبط إلى إعتبار الذات وقيمتها والإمساك إلى

العناد والقسر ، والإرخاء إلى العدائية والفوضى والتدمير . يكون الطفل في هذه المرحلة أنويا وأخلاقيا واقعيا . ويمثل الوالدان أساسا محيطه الأجتماعي .

يتمثّل مصدر القلق هنا في الخوف من فقدان الرضا و المشاعر السلبية الإمتهانية والخجل تنبع الحالات العصابية الناشئة في هذه المرحلة من الشعور بفقدان قيمة « الأنا » وتتشكّل ، عبر النكوص الشرجي ، متلازمة الشخصية السلبية ـ العدائية أو الشخصية السلبية ـ المرتبطة ، حيث تنجهان عن عدم حلّ أزمات العدائية المرتبطة خلال الطفولة الباكرة .

يتمثّل النموذج المرضي للنكوص الشرجي في العصابات الوسواسية القسرية خصوصا . . .

ب ـ المراحل التناسلية

١ ـ المرحلة القضيبيةوالصراع الأوديبي

تمتد هذه المرحلة بين سن الثالثة والسادسة وقد أشار بعضهم إلى مرحلة إحليلية تتوسّط بين المرحلة الشرعية والمرحلة القضيبية . يحمل فيها البول نفس الإهتام الذي كان يحمله البراز . . .

خلال المرحلة القضيبية تتطابق منطقة الإثارة الشهوية مع المنطقة التناسلية . ويتزايد الإهتام بالجنس والأعضاء التناسلية . يكتشف الطفل الفروق التشريحية بين الجنسين ، فيثير غياب القضيب لدى الأنثى ، خوفا من الاخصاء لدى الذكر الذي يقاوم هذا القلق بتثبيت قيمته الجنسيةعن طريق الإستمناء على المستوى الليبيدي وعن طريق الإستعراء على المستوي النرجسي . . . بينما تحسّ الأنثى غياب القضيب كعوز يؤدي إلى مشاعر النقص وتعوّضه بـ « الاحتجاج الذكري » و « الرغبة بالقضيب » وتحس بالأم كمسؤولة عن هذا الإخصاء فتتباعد عنها لتدخل في علاقة أوديبية مع الوالد . فيما يعمل الطفل على التقارب مع أمه ويحس بالغيرة والحقد تجاه والده الذي ينافسه وينتزع منه أمه عما يؤدّي إلى مشاعر بالذنب وخوف إستيهامي من الإخصاء قد تثبته عملية الختان وتتم مقاومة هذا الخوف بالتماهي مع الاب موضوع

الحب والكره ، والابتعاد عن الأم (كموضوع شهوي محرّم) . أما لدى الأنثى فتتعدّل النزعة الأوديبية بإدراك أهمية الحمل الذي يكون معوّضا للقضيب ورافعا للقيمة . وتؤكد ميلاني كلاين التي تعارض فرويد في هذا الشأن على أهمية الأم كموضوع أوديبي وتشكك بأهمية القضيب حيث تفترض وجود شعور بالنقص تجاه الأم (المرأة) لقدرتها على الحمل والإنجاب . . .

في نهاية هذه المرحلة يتراجع المركّب الأوديبي بفعل الكبت ويتنازل الطفل عن رغبته لفائدة التماهي الذي يتم عبره إستبطان الصور الوالدية المثالية حيث يصبح ذلك الركيزة الأساسية لتشكّل الأنا ـ الأعلى .

تتمثل الإنفعالات السلبية هنا في الخوف من العقاب لمحاولة ممارسة النفوذ أو الجاذبية أو الدخول في منافسة ، والشعور بعدم استحقاق العطف والحب .

كما يتمثّل الإضطراب المرضي للهوية في الشعور بتدني الأنا ووظائفها .

تشكّل الهستيريا حالة نكوص عصابي أوديبي حدّي كما تنشأ عن إضطراب هذه المرحلة حالات من وسواس المرض . . . الخ .

٢ ـ مرحلة الكمون

يخرج الطفل في عمر بين الخامسة والسابعة من الأزمة الإوديبية وتهدأ النزعات الجسدية حتى سن المراهقة . إلا أنها لا تنطفيء تماما بل تخفّ تظاهراتها وتطغى عليها الإهتمامات الإجتماعية والمدرسية وتزداد أهمية ودور العوامل الثقافية . الإجتماعية في النمو الغريزي ـ الإنفعالي . يتعلّم هنا الطفل الإنطلاق الى العالم الخارجي والإنخراط في أنشطة عملية وتكيف إجتماعي ، بينما يتحررّ من إرتباطه العلائقي المقتصر على أهله فينشيء علاقات بالموضوع خارج العائلية .

تهيمن خلال هذه المرحلة ثلاث آليات هي :

١ ـ الكبت : الذي يتمثّل بدفع وإقصاء (١) التمثّلات المتعلّقه بنزعات

(١) رغم هيمنة إستعمال الكبت أو الكف للتعبير عن هذه الالية فإننا نرى أن تعبير الإقصاء أكثر ملاءمة للمفهوم الذي يقصده التحليل النفسي .لذلك يمكن أن نستعمل هذه الكلمة بذلك المعنى .

تتعارض تلبيتها مع متطلّبات أخرى . فيتم إقصاء المركب الاوديبي والتمثّلات ما بعد الأوديبية مما يفتح مجالا حرًا متخلصاً من الصراعات يسمح باستيعاب المعطيات التربوية وبتنمية الإهتمامات المعرفية .

٢ ـ التماهي : المتمثل في إستبطان صفات وخصائص يعتبر الشخص الذي يمثّلها نموذجاً ومثالا .

ـ التماهي الأولي النرجسي : يستهدف نشوء هوية الفرد (الذات) نسبة للأم أساسا ويتم ذلك خلال المراحل ما قبل التناسلية .

ـ التماهي الثانوي الأوديبي : ينشأ بدافع رغبة الطفل بالتشابه مع الوالد من جنسه حتى يجذب حب الوالد الآخر وكذلك بدافع الشعور بالذنب تجاه الوالد من نفس الجنس ، الذي تتم معاوضته بالإمتثال لنموذج هذا الوالد واستبطان قيمه ومثله . . . مما يسمح بتصعيد النزعة الأوديبية .

٣ ـ التصعيد : وهو آلية لا شعورية توجّه فيها الطاقة النزوعية ـ الغريزية التي إعترضتها موانع ومحرمات سواء كانت جنسية أم عدائية إلى تبدلات كيفية تسمح بإنجاز أهداف وإبداعات ذات قيمة إجتماعية .

تتمثل الأزمة النفسية هنا في الصراع بين النشاط العملي والشعور بالنقص خلال المنافسة وبناء العلاقات الإجتماعية .

وتتظاهر المشاعر السلبية في هذه المرحلة بالخوف من سوء التصرّف والشعور بالعجز الكامل . إن مركب النقص يتطور هنا لدى الأطفال الذين عجزوا عن تحقيق نزوعهم إلى النشاط وتكيفهم الإجتماعي .

٣ ـ البلوغ والمراهقة

المراهقة مرحلة حرجة يتعرّض فيها التوازن الغريزي ـ الإنفعالي ، الذي توصّل إليه الطفل ، إلى التأزم بفعل تكامل النضج الجنسي . فهي فترة مليئة بالصراعات والتناقضات والشعور بالضياع حيث يتكامل خلالها التوازن الديناميكي

بين النزعات اللاشعورية ونزعات ومتطلبات الأنا عبر العوامل الذاتية والمحيطية والإجتماعية وأهمها :

ـ العوامل البيولوجية المرتبطة خصوصاً بالنضج الجنسي والتبدلات المورفولوجية والوظيفية التي تطرأ على الجسد ممّا يساهم في تطور صورة الجسد لدى المراهق وتحدث أزمة من التردّد والرعونة متعلّقة بقبول وبلورة الهوية الجسدية .

ـ العوامل الثقافية ـ الاجتماعية ، حيث ينضج الأنا لدى المراهق ويتراجع دور اللاشعور في عملية النمو ، إذ يصبح على الأنا تحمل عبء التكيّف والاختيارات القيمية ضمن وتجاه النظم والمؤسسات الاجتماعية والإعداد لإكتساب موقع إجتماعي ومهني وعائلي يضمن له استقلاليّة حقيقية .

ـ العوامل العقلية ـ النفسية حيث تنضج البنية العقلية وملكاتها التجريدية التي تفتح مجالات معرفية وإبداعية جديدة أمام المراهق .

كما يتّجه المراهق إلى تغيير نمط علائقه الأسروية والإجتماعية وعلائقه مع ذاته بحكم التبدّلات الغريزية ـ اللا نفعالية التي تدفعه إلى إستثمار قدراته العاطفية باتجاه مستقلّ والبحث عن تلبية حاجياته الجديدة على هذا المستوى خارج الإطار الأسروي .

يترافق البلوغ بدفعة غريزية قوية بدخول الرغبات الجنسية في حيز متطلبات واهتمامات المراهق ، اذ يصبح قادرا فيزيولوجيا على ممارسة العلاقات الجنسية فيقبل على التخيلات والاستيهامات الجنسية وعلى ممارسة الاستمناء ، يؤدّي ذلك ، مع إحياء الصراع الأوديبي وعقدة الإخصاء إلى مشاعر الذنب والقلق ويدفع المراهق إلى الرغبة بالتخلّص من إرتباطاته وعلاقاته الأسروية وإلى التمرّد والتحدي والتشكيك بالقيم الأسروية وحتى الإجتماعية ؛ فيبحث عن نماذج مثالية جديدة تساعده على استكمال وتحديد هويته ، قد يتم ذلك عبر سياق إستقلالي لا يؤدّي إلى انفصام أسروي ، كما قد يتبنى المراهق قيما وأسلوب حياة تتناقص مع القيم السائدة في أسرته .

لا يتلقى التدفّق الغريزي الجنسي الإشباع الكامل إلا عبر سياق تدريجي ومديد لا يتكامل إلا في نهاية المراهقة . لذلك يتم كبح هذه الطاقة وتحويل تيارها إلى

انشطة أخرى عبر آليتي دفاع ضد القلق نوعيتين لهذه المرحلة هما التزهّد والعقلنة. اللذان يدفعان إلى إثراء القيم الأخلاقية والفكرية فالتزهّد ينجم عن كبت كلّ النزعات الغريزية دون تمييز بينها لا يتمّ إنكار هذه النزعات في سياق العقلنة إنما تربط بمحتويات عقلية وفكرية مجرّدة من المضمون الإنفعالي تسمح ببروزها إلى مستوى الشعور بشكل مسيطر عليه .

إن الإضطرابات النفسية في المراهقة تعتبر إمتدادا لضبابية الهوية ، حيث ينغمسُ الفرد في صراع سابق يعود إلى الفاعلية أو الفشل المباشر في حلّ الضغوط التي تتظاهر خلال أزمة المراهقة ذاتها . يتظاهر هذا الفشل في حالات من القلق والحصر والهمود التي يعبّر عنها الشعور بالضياع والإستيهامات ونوبات الغضب والتمردّ على الواقع الأسروي . ويترجم النكوص إلى هذه المرحلة لدى الكهل إرتباطا مستمرا بالدفاعات النفسية للمراهقة مثل الحلم والخيال والإحتجاج الضبابي غير الهادف، والعجز عن تأكيد الشخصية المستقلة .

إن المهمة النهائية هي محور الأزمة لدى المراهق ، و تتمثل في إعادة تشكيل الهوية واستيعاب الأدوار الجنسية والإجتماعية والإستقلال تجاه العائلة . أما الوسط الإجتماعي فهو مجموعات المراهقين وعلاقات الصداقات وبدايات الإهتمامات العاطفية .

تتمثل الإنفعالات السلبية لدى المراهق في خوفه من العجز عن السيطرة على الدوافع والنزعات الداخلية الجديدة والمتناقضة والإحساس بعداء العالم الخارجي .

يتأتّى إضطراب الهوية هنا من تشوش ناجم عن التناقض فيما يتوقعه الآخرون وعن تناقضات بين المثل ووظائف الأنا والتماهي النابع من مراحل سابقة وبين انماط إجتماعية سائدة .

٤ ـ الكهولة

في حوالي سن العشرين يصبح المراهق كهلا تكاملت شخصيتهُ ، له أسلوبه السلوكي وخصائصه العلائقية والإنفعالية التي يبني على أساسها مهامه ووظائفه

الذاتية والإجتماعية ويثريها بما يضيف إليها من عناصر ومكتسبات تتحقق عبر تجربته الحياتية . إلا أن الماضي وخصوصا المرحلة الطفلية تترك أثارا وجروحا وندوبا وصراعات لم تحلّ و« تثبيتات » قد لا تكون إلا عوامل وجودية في حدود الأنماط السوية وقد تكون شديدة وضمن محاور أساسية تتوزع عليها الحالات المرضية التي تنجم عن الفشل في إنجاز المهام النمائية الجديدة .

أ ـ مرحلة الكهولة الباكرة (من العشرين إلى الثلاثين) .

لا يحدث في هذه المرحلة تغيرّ فيزيائي يذكر بينما تبدأ عوامل إجتماعية جديدة بممارسة ضغوطها ، حيث يتوقّع من الفرد أن يتحد مهنة ويؤمن حياته ويختار شريكه .

تتحدّد الأزمات النفسية الإجتماعية هنا بقدر كبير على أساس القيم الإجتماعية السائدة في تفاعلها مع القاعدة الغريزية ، الانفعالية المتشكلّة . فهدف الفرد هنا هو تحقيق العلاقة العاطفية ـ الجنسية الحميمة التي لا تتكامل إلا بالقدرة على عطاء الذات ، أي إسترخاء وانطلاق طوعي للهوية والإندماج في العلاقة الجنسية ـ العاطفية والعمل ومجموع العلاقات الشخصية .

تتمحور المهمة النمائية في هذه المرحلة إذن حول الصراع بين العلاقة الحميمية والإنعزال ، وبالتالي إنجاز الإلتزام الشخصي والمباراة والتعاون .

تتمثّل الإنفعالات السلبية هنا في الخوف من العضوية والإرتباط المتبادل والشعور بالانعزال مع الذات وتجنّب المشاركة والمباراة .

يعود الفشل الجزئي أو الكليّ في إنجاز العلاقة الحميمة الى حس مفرط بالأنا . وتدني القدرة على الاسترخاء وعطاء الذات بفعل آليات دفاعية ناجمة عن عوز عاطفي مبكّر ومشاعر لا ثقة ولا إطمئنان . . ممّا يؤدّي إلى التظاهرات المتمثّلة بالإنطواء والإنعزال والإكتفاء الذاتي ، أو تغليب جانب من العلاقات الاجتماعية على الجوانب الأخرى خصوصا العاطفية الحميمية منها .

فالنشاط الجنسي ـ العاطفي هو المظهر الرئيسي لمدى النجاح في تحقيق العلاقة الحميمة في هذه المرحلة .

إن إكتمال الوظيفة الجنسية ، باتخاذها لإطارها الإجتماعي ومضمونها النفسي ،

يتمّ في هذه الفترة ، وبالتالي فإن الثغرات التي تحدث في إنجازها تعرّض لحدوث الاضطرابات والانحرافات النفسية الجنسية التي تتظاهر أو تكتمل في هذه المرحلة .

كذلك تأخذ الوظائف الاجتماعية للفرد موقعها النهائي وتنضج في هذه السن ، مما يتطلّب النجاح في العلاقة الإجتماعية الحميمة مع الأصدقاء وفي العمل ومختلف الانشطة الأجتماعية الأخرى .

ب ـ مرحلة الكهولة (من سن الثلاثين إلى حوالي الخامسة والستين)

يصل الفرد في كهولته إلى النضج ويتحمل مسؤولياته الإجتماعية بكاملها خصوصاً المسؤولية العائلية حيث يتوجّب عليه مساعدة أفراد آخرين ضمن مهامه المادية والتربوية . وعليه أيضا تأدية وظيفة إجتماعية منتجة ومبدعة .

هكذا يتمحور الصراع بين الإلتزام الإجتماعي والانطواء على الذات ، عبر المهام المهنية والعائلية والتربوية .

تتمثّل الإنفعالات السلبية المسيطرة في هذه المرحلة في الخوف من المسؤوليات والمهام المهنية الكبيرة ، كذلك في الشعور بالفشل في تربية الأطفال وربط علاقة متينة معهم ، والاحساس بأن الحياة كلّها كانت فاشلة .

إن التظاهرات العصابية خلال الكهولة تترجم الفشل في تجاوز الأزمات الرئيسية الطارئة في هذه السن . فالنجاح في إنجاز المهام الرّاهنة يتعلق دائما بالدرجة التي تحققت بها حلول متوازنة للقضايا المطروحة في المراحل السابقة حيث أن بقاء آثارها يشكل إستقطابا سلبيا للطاقة النفسية ويحدّ من إمكانات التصرّف فيها .

تشاهد الإضطرابات العصابية في العقد الأول من الكهولة خصوصا عند ولادة أو قرب ولادة طفل . وتتسّم لدى النساء خاصة بأعراض نكوصية نحو الطفولة وتعود أساسا إلى ارتباط نفسي وثيق لم يتمّ حلّه بأحد الوالدين .

في العقد الثاني قد يتعرّض الكهل الى صدمات إنفعالية لحدوث وفيات في العائلة حيث قد يحيي ذلك صراعات نفسية قديمة ، وتتظاهر غالبا بحالات همودية .

كما أن ظروف اليأس قد تزيد وطأة الضغوط النفسية مما يحدث إضطرابات في الشخصية .

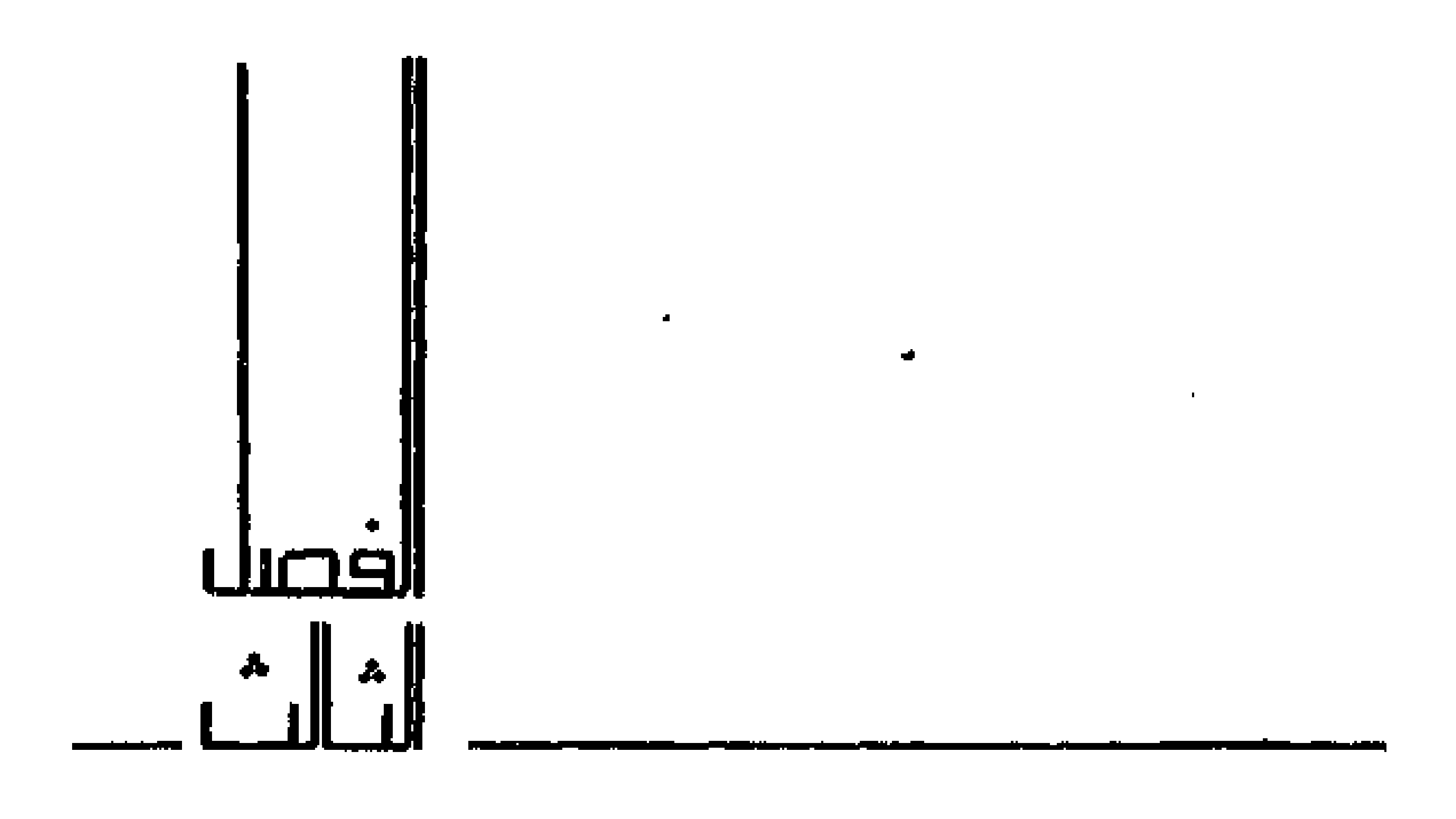
أما في العقد الثالث الكهلي فإن حالات عصابية من القلق والحصر ووسواس

المرض قد تتظاهر لدىٰ الأفراد الذين يحملون إستعدادا نفسيا لذلك .

ج مرحلة الشيخوخة :

فيها يحدث التراجع البيولوجي ويواجه الفرد أزمة الحفاظ على تكامل ذاته بمواجهة حالة اليأس . فهو ينسحب من الإلتزامات والإرتباطات الإجتماعية . كما يقوم بمراجعة حياته وتقييم التجربة الشخصية وتمثيلها بالتجربة الإنسانية العامة .

تتمثّل الإنفعالات السلبية لدىٰ الشيخ بالخوف من الموت واليأس والإستسلام واللامبالاة ، كما قد يشعر بشكل مرضي أنه عبء على الآخرين أو أنه يلاقي الإهمال والإستهجان .



الأعراض والعلاقات المرضية النفسية

الأعراض والعلاقات

١ ـ إضطرابات المظهر والتعبير العلائقي

أ ـ المظهر :

تشاهد في عدد من الإضطرابات النفسية شذوذات في الملبس والمظهر العام نميز منها خصوصا المظهر واللبس اللذين لا يتوافقان مع العمر (لدى الهستريائيين) أو مع الجنس الحقيقي (التنكّر الجنسي) والإفراط في الأناقة والتجمّل (لدى بعض الفصاميين) والإهمال والتعرّي (في حالات النفاس الهوسي والعته) .

ب ـ التعبير العلائقي :

وهو يشمل خصوصا الإيمائية واللغة (الكلام)

١ ـ إضطرابات الإيمائية

الإيمائية هي كلّ التعابير الوجهية والجسدية والحركات التي تستهدف إستكمال نقل الأفكار والأحاديث والإنفعالات والعواطف والتعبير عنها عفويا أم إراديا ويخضع قسم من الإيمائية ودلالاتها إلى نماذج وقواعد ثقافية وإتنية .

● الإيمائية المفرطة :

ـ الإيمائية المفرطة الشاملة ، تشارك فيها كل عضلات الوجه وحواسّه وحركات الجسد بنشاط مفرط يعبّر عن حركية وتبدّل إنفعاليين غير طبيعيين . ويمكن مشاهدتها لدى الهوسيين ولدى الهستريائيين .

ـ الإيمائية المفرطة المستقطبة : وهي ، على العكس مما سبق تعبّر عن تمركز إنفعالي على موضوع وحيد كتشنجّ الوجه نتيجة للحصر والقلق الشديد أو الإستغراق في حالة الهذيان الصوفي .

● الجمود الإيمائي والعطالة الإيمائية

حيث يخلو الوجه من التعبير ويكون البصر ثابتا أو يعبّر المظهر عن العذاب النفسي (لدىٰ المكتئب) أو عن الشرود (لدىٰ المخبول) أو عن السلبية (لدىٰ الفصامي) . كما يشاهد هذا الجمود في التنكسات العتهيةوالتخلّف العقلي الشديد .

● التناقضات الإيمائية :

حيث يغيب التوافق الطبيعي المعهود بين سحنة الوجه والمضمون النفسي الإنفعالي للتعبير ، ويشاهدُ ذلك بنمطين .

ـ الإيمائيات اللا متوافقة : والإيمائيات الهامشية :

تشاهد خصوصالدى الفصاميّين عندما يناقض التعبير الإيمائي مضمون الحديث أو الموقف القائم . كأن يقصّ الفصامي وفاة أمه وبينما تملأ وجهه إبتسامة غريبة كما نلاحظ لديه أحيانا إيمائيات وسحنات غريبة دون مبرّر .

ـ الأيمائيات المقتبسة :

وهي تقلّد كالمرآة العاكس إيمائيات الطرف المقابل (الصدى الايمائي) وتشاهد لدى بعض المتخلّفين عقليا والهستريائيين وبعض الفصاميين ولدى كثير من المتمارضين المخادعين .

٢ ـ إضطرابات اللغة والتعبير اللغوي :

تتشكّل اللغة والتعبير الكلامي على قاعدة تشريحية عصبية محدّدة ترتبط ببنية التفكير الذي لا يمكن أن يأخذ سياقه الفيزيولوجي النفسي إلا عبر إنتظام الكلمات والإشارات اللغوية ودلالاتها .

يوجد نمطان من إضطرابات اللّغة :

أ ـ الحبسة : وهي إضطراب التعبير أو فهم اللغة أو كليهما معا وتعود إلى إصابة عضوية في الجهاز العصبي المركزي ، كثيرا ما تكون مشتركة مع إضطراب الوظائف الترميزية الأخرى بحدوث العمه الحسي (العجز عن تحديد الأحاسيس) أو العمه الحركي (العجز عن القيام بحركات مركبّة منسجمة وهادفة) تكون الحبْسة كلّية أو جزئية ومن أعراضها : العجز عن التلفظّ بالكلام ، تكرار الأصوات النمطي ، العجز عن الكتابة ، العجز عن القراءة ، العجز عن الحساب ، العجز عن التعرّف على أجزاء الجسم ونواحيه (الأيمن ، الأيسر . .) ومن أنواعها : الحبسة النسيانية (العجز عن تذكر الأسماء والمعاني) ، الحبْسة ، الحبسة التعبيرية ، الحبسة التعبيرية الإستقبالية الحبسة الصماء (العجز عن فهم الكلام المسموع) ، الحبسة العمياء (العجز عن فهم الكلام المكتوب) . الحبسة الكتابية (العجز عن الكتابة) الحبسة الحركية (العجز عن النطق) الخ . . .

ب ـ الإضطرابات الكلامية الديناميكية والمنطقية :

١ ـ اضطرابات النطق : وتعود غالبا إلى تشوهات وإصابات تشريحية في جهاز التصويت .

٢ ـ التأتأة الحرفية : إستبدال حرف بحرف آخر عند النطق بالألفاظ بشكل دائم .

٣ ـ التلعثم : إضطراب النطق بالحروف فجائيا والتوقّف عن الكلام ويحدث في حالات إنفعال أو توترّ نفسي وبجم شديدة .

٤ ـ التمتمة : إضطراب إنتظام سيل الكلام وإخراجه .

ـ التمتمة المزمنة : وهي تكرار متقطّع لبعض الحروف

ـ التمتمة التشنّجية : يبدأ الكلام بشكل إنفجاري أثر توتّر تشنّجي لأعضاء التصويت .

ـ التمتمة اللجمية : يحدث الكلام بعد توقّف مؤقّت وكامل

تعتبر التمتمة إضطرابا نفسيا حركيا يظهر منذ الطفولة ويزداد خلال الإنفعالات وحالات التوتّر .

٤ ـ التكرار الكلامي النمطي :

وهو تكرار مديد ، دون هدف ظاهر ، لبعض التعابير أو الكلمات ومنها الصدى الكلامي وهي تكرار ما يُسمع من كلام . ونشاهد خصوصا في داء باركنسون .

٥ ـ الإسهال الكلامي :

وهو سيل من الكلام الفائض المشتّت أو المرتبط بموضوع معينّ ، يترافق غالبا بصراخ وغناء وحركات . ويشاهد في حالات الإثارة وفرط النشاط الهوسية .

٦ ـ الثرثرة الكلامية :

وهي إنفراغ آلي لسلسلة من الكلمات والجمل والتعابير دون رابطة منطقية بينها ويصعب فهمها . تشاهد في حالات العته الشيخي والفصامات الوخيمة .

٧ ـ الصمت :

يتمثّل في غياب الكلام الإرادي أو اللاّمقصود ، دون وجود آفة تشريحية أو إصابة مركزية أو محيطية تتعلّق بأعضاء التصويت ويمكن أن تعطّل الكلام . يكون الصمت جزئيا أو كليا ، إصطفائيا أو شاملا ، عابرا أو مستديما قد يكون الفرد الصموت ، شديد اللجم منطويا يبذل جهدا للتغلّب على صمته أو يكون فصاميا يريد الإنفصال عن العالم الخارجي أو هذيانيا يعبّر عن العدائية والمعارضة ، أو هستريائيا يفقد القدرة الوظيفية على الكلام كعرض . . .

٨ ـ الصمت المصطنع :

يشاهد لدى المتمارضين . . . كما يتخذه الهوسي كأسلوب لعب .

٩ ـ الإختزال الكلامي :

حيث يحذف المريض الروابط بين الكلمات ولا يستعمل قواعد النحو والصرف .

١٠ ـ الإضطرابات المنطقية للكلام :

أ ـ تحريف المعاني (المنطق المجانب) وهو إستعمال الكلمات في غير معانيها الأصلية والمعهودة .

ب ـ إختلاق الكلمات : وهو بناء كلمات جديدة خصوصا لدى الفصامي الذي يستعملها في التعبير عن هذياناته .

ج ـ إختلاف التعابير .

د ـ زلاّت اللسان : وهي شائعة وطبيعية وإن كانت تعبّر عن رغبات ونزعات لا شعورية .

الإضطرابات النفسية ـ الحركية

ترتبط بعض الإضطرابات الحركية بسببية نفسية شكلّت عائقا في وجه النمو السوي والمتناسق لبعض الوظائف النفسية ـ الحركية .

تتظاهر هذه الإضطرابات بنفس الآن بكيفية إندماج الجسد في الحركة والفعل (المبادرة الإستهداف الحركيين والتعبير الجسدي) وبكيفية إندماج الجسد في سياق

العلاقة مع الآخرين على مستوى تظاهراته الإيمائية ووضعيته ومقويّته وحركاته وعلى مستوى الأحاسيس الجسدية خلال هذه العلاقة

١ ـ الرعونة :

وهي إضطراب الفرد في حركاته وسلوكه الجسدي ، فهي تظاهر نفسي ـ حركي مرتبط بالبعد العلائقي يعبر فيه التردّد ونقص المهارة والحركات الطائشة عن توتر جسدي ناجم عن قلق نفسي وخوف ووجل ينبع من عدائية مكبوتة ومشاعر ذنب ونقص الثقة بالنفس وبتقديم الآخرين .

يربط بعضهم هذه الرعونة باضطراب إمتياز الجانب المسيطر (الأيمن ، الأيسر) . . .

٢ ـ اللاّ إستقرار النفسي الحركي :

يتجلّ بحركة مستديمة وفرط نشاط وإتخاذ وضعيات جسدية غير مريحة وصعوبة تركيز الإنتباه والتوتر واللاّضبط الإنفعالي .

ويعتبر هذا السلوك دفاعا ضد الحصر والقلق وغياب الشعور بالأمن .

٣ ـ الهياج :

يحدث بنوبات تتداخل فيها حركات عشوائية تعبّر عن نزعات غريزية واضطرابات عاطفية بأفعال عدوانية أو استعراضية أو نزوات الخ . . .

تشاهد أشكال مختلفة من الهياج في النوبات الهستيرياثية والسكر الكحولي ، والهذيان الإرتعاشي ، والهوس والسيكوباثيا .

٤ ـ اللجم النفسي الحركي :

يتظاهر بضبط شديد وبطء في الحركات وفي الكلام ووضعيات متّوترة ورعونة

وإحساس بالإنزعاج واللاّ إرتياح . تشاهد على المستوى النفسي لجما ذهنيا وخياليا وخجلا وسلبية وفرط ضبط ذاتي يُفسرّ بوجود شحنة قوية من العدوانية وقلقا ينجم عن ضغط النزعات الجنسية والعدوانية المكبوتة .

٥ ـ الذهول :

يتوقف هنا كلّ نشاط حركي وتعبيري كاللغة والإيمائية إلا أن ذلك قد يخفي إستمرار نشاط ذهني ونفسي باطن . تشاهد سريريا حالات ذهول إنفعالي نتيجة لصدمة عاطفية تجمّد المشاعر وحالات ذهول إكتئابي ، وذهول جمودي وذهول تخيّمي . . .

٦ ـ التخشبّ :

حيث يفقد الفرد المبادرة الحركية ويحافظ على وضعيات متصلّبة مفروضة تشاهد هذه الحالة في الفصام الجمودي وفي النوبات التخشبية الهستريائية .

٧ ـ الحركات الهامشية :

حركات شاذة وغريبة تحلّ محلّ الحركات الطبيعية أو تقلّدها أو تشوّشها وهي حركات آلية مستمرّة ومتكرّرة كحركات الإهتزاز ، والنواس والدوران وتشاهد خصوصالدى بعض الفصاميين والعتهيين وفي التخلّف العقلي الشديد . ولا يجب الخلط بين هذا الإضطراب والشذوذات الحركية التي يحدثها الإستعمال المديد (لعدّة سنوات) للأدوية المثبّطة العصبية .

٨ ـ العرّات :

هي حركات سريعة ومفاجئة ، عفوية تتكررّ باستمرار دون أن يكون لها هدف أو دور وظيفي .

تتظاهر العرّات بأشكال لا حصر لهاخصوصاً على مستوى التعبير الوجهي كحركات العينين والأنف والحاجبين ومختلف عضلات الوجه واللسان والنفخ

والصفير والنحنحة والسّعال وإصدار أصوات مختلفة ، وهـز الـرأس ، .وإنتفاخه ولوي الرقبة وهز الكتف وحكّ مناطق من الجسد ونتف الأشعار الخ .

ويلاحظ أن كلّ هذه العرّات تتعلّق بنواحـي ترتبـط في وظيفتهـا أو تعبيرهـا بالإتصال الإجتماعي .

لا يوجد تطوّر ثابت للعرّات فهي قد تختفي أو تتحوّل أو تعـود للظهـور أو تستقرّ نهائيا .

تعبّر العرّات عن توتّر داخلي وتنبع من حالات عصابية حصرية ووسواسية .
ويشاهد أحيانا تناذر عرّات يفسرّ بتشكّل عصابي للطبع أو «بعصاب حركي» يعتبر مكافئا لإضطراب سيكوسوماتي (نفسجسمي) .

٢ ـ إضطرابات الحس والإدراك والتمثلات

إضطرابات الحس والإدراك

قد يضطرب الحس والإدراك لأسباب عضـوية كإصابـات الأعضـاء الحسية والإصابات العصبية المركزية والمحيطية .

كما تحدث إضطرابات وظيفية بالحس والأدراك تعود لحالات نفسية مرضية .

١ ـ تشوّهات الحس المرضية :

وهي أحاسيس غـير طبيعية كالإحسـاس بالوخـز أو بالحـرق أو بالمغص أو بالضغط أو بالألم في نواحي مختلفة من الجسم دون أن يعود ذلك إلى مرض عضوي

٢ ـ فرط التأثر بالمثيرات الحسية كالأصوات والنور والروائح والألم تشاهد في حالات الوهن العصبي والنفسي ، وفي بدايات النفاس والتشوّش الذهني .

٣ ـ تدنّي الإستقبال الحسي حيث تتغيّم صورة العالم الخارجي وينقص تمييز المثيرات الحسية .

٤ إهتزاز الواقع

لا يوجد هنا تشوش لإدراك على مستوى حسي إلا أن الفرد يجد أن المحيط غريب ومهتز وغير حقيقي .

ب إضطرابات التمثّلات المتعلّقة بالإدراك .

١ ـ الأوهام

حيث يتمّ إدراك الظواهر والأشياء المحيطة بأسلوب خاطيء ومشوّش . يحدث ذلك في حالات طبيعية (كالخداع البصري : السراب) كما يحدث في حالات مرضية تميّز فيها الاوهام ذات المنشأ الإنفعالي ، والأوهام السمعية التأويلية ، الأوهام الصورية .

أ ـ الأوهام ذات المنشأ الإنفعالي

تحدث عندما يكون الفرد تحت تأثير إنفعال شديد كالخوف والقلق أو الإنتظار فيتوهّم رداءاً معلقاً شخصاً يترصّده أو حبلاً يتدلىّ ثعباناً يزحف نحوه إلخ صوت الريح وقع خطوات .

ب ـ الأوهام السمعية التأويلية

حيث يلتقط الفرد معاني خاطئة للأحاديث والكلمات التي تقال حوله ، خصوصاً عندما تكون غير مسموعة بوضوح فيخالها تهديدات وشتائم واتهامات تستهدفه .

ج الأوهام الصورية :

في هذا الإضطراب يتحوّل إدراك صور عادية إلى صور تأخذ مظهراً غريباً وعجائبياً . مثلاً تأخذ شجرة بعيدة شكل كائن بشري أو يبدو ظلّ مصباح مضيء حيواناً مرعباً . . . .

٢ ـ الأهلاس

هي حالات إدراك وهمي لا يعتمد على مثيرات حسية خارجية ولا يمتّ للواقع بصلة . تتنوّع الأهلاس فتكون سمعية أو بصرية أو شمية أو ذوقية أو لمسية أو حسية

حشوية وعضلية . وقد تحدث أهلاس مشتركة تجتمع فيها عدة حواس .

أ الأهلاس السمعية

حيث تَسمع أصوات وكلمات وأحاديث قريبة أو بعيدة قد يميّزها المريض أو لا يميّزها غالباً ما تتعلّق به وتأخذ شكل نداءات أو إتهامات أو أوامر . يتخذ المريض عند هذه الأهلاس وضعية إنتباه واستماع وقد يتحادث مع هذه الأصوات ويجيبها أو قد يحاول تجنّبها والهروب منها بوضع القطن في أذنيه أو برفع صوت الراديو على أشدّه .

ب الأهلاس البصرية

وهي مُبصرات وهمية قد لا تكون محدودة ، تأخذ شكل بقع ألوان وأضواء ونيران ودخان أو تمثّل مشاهد وأشخاص وحيوانات مخيفة ويكون حجمهاطبيعياً أو هائلاً أو مصغّراً . كما قد يشاهد المريض ذاته أو يتوهّم تجليّات روحانية وإلهية

ج) الأهلاس الشمية والذوقية :

تتعلق غالباً بطعم أو روائح منفّرة وكثيراً ما يرفض المريض الطعام زاعماً أنه فاسد أو مسموم .

د) الأهلاس اللمسية

تتمثل بأحاسيس دون مثيرات ، على الجسم بالبرود والحرارة وبزحف حيوانات على الجلد أو سيلان سوائل . وقد يشعر المريض أن أحداً يمسكه أو يعضّه أو يقّطع جسمه أو يداعبهُ .

هـ) الأهلاس الحسيّة الحشويه

يحس المريض بتبدّلات في أحشائه أو بوجود أجسام غريبة فيها جامدة أو حشرات وحيوانات تسكن أمعاءه أو شياطين تختبيء في بطنه أو بتعفّن أحشاءه واندثارها الخ . . . .

تقسم كلّ الأهلاس إلى أهلاس حقيقية وأهلاس مشبّهة أو نفسية . فالأهلاس الحقيقية تتميز بحسيتها وارتباطها بالحواس وتحدّدها المكاني واقتناع المريض بوجودها الفعلي بينما تتصف الأهلاس المشبّهة بأنها لا ترتبطبحواس معيّنة بل تنطلق من داخل جسم المريض ، خصوصاً رأسه ، كأن يسمع أصواتاً في رأسه ، وهي لا تملك دقة ووضوح الأهلاس الحقيقية ولا يتبنّاها المريض كأحاسيس ذاتية بل يعزوها إلى تأثيرات خارجية وإلى وجود أفراد أو أجهزة تحاول تشويش أفكاره أو سرقتها أو التأثير عليه ويحسّ بأنه في وضعية مصطنعة وغير طبيعية .

و) الأهلاس النومية

وهي أوهام حسّية بصرية تحدث في مرحلة ما قبل النوم . . . . بينما يشاهدها المريض عندما يغلق عينيه فتبدو له أشكال ووجوه تكشّر له أوتهدّده وكذلك حيوانات ومناظر ونباتات غريبة .

ز) الأهلاس المحدثة :

يمكن الإيحاء بالأهلاس خلال جلسة تنويمية ، كما يمكن إحداثها عند مريض يحمل إستعدادا لذلك بالتجارب التالية

١ ـ علامة ليبمان : يتمّ إحداث الإهلاس بالايحاء والضّغط على الكرتين العينيتين

٢ ـ علامة ريشارت : تقدّم ورقة بيضاء للمريض ثم يطلب منه وصف ما يشاهده عليها

٣ ـ علامة أشافنبرغ : يقدّم للمريض هاتف معّطل ويطلب منه التحدّث مع مخاطبه .

٣ ـ إضطرابات اليقظة

يتقارب معنى اليقظة والوعي وتدرس هنا الوظائف التي تسمح للفرد بتحديد موقعه الزماني والمكاني والإجتماعي تجاه محيطه وقدرته على التوفيق بين الواقع

الموضوعي وسياقه الشعوري الباطن والتكيّف مع المتغيّرات المتبدلة التي يدركها .

أ الإنتباه

وهو الإستعداد الذهني الذي يوجّه النشاط النفسي ويركّزه على مجال محددّ . تتشارك في هذه العملية المستقبلات الحسية الحركية والمقوية العامة والوظائف الإنباتية (التنفسية والدورانية والإفرازية الحشوية) والخلطية .

والإنتباه إرادي موَجّه أو عفوي .

يزداد الإنتباه إصطفائياً في حالات القلق والاكتئاب (الهمود) والمراق والهذيان .

يتناقص الإنتباه لدى المضطرب والهرِمي ويتباين لدى الفصامي .

ب التوجه الزماني - المكاني

وهو يسمح بموضعة الذات في السياق الزمني والإمتداد المكاني عبر حيّز خاص كضرورة تمكّنُ من التكيّف مع العالم الواقعي .

يشكّل اللاتوجّه الزمني المكاني العرض الرئيسي للتخليط الذهني

ج إضطرابات اليقظة ومجال الوعي الكميّة

١) تدنّي اليقظة يميز التخليط الذهني ويصنّف حسب درجات تحدّد مدى انحلال الوعي .

● الإندهاش حيث يبدو المريض مشدوها ، مجمّد النشاط النفسي لا يستجيب للعديد من المثيرات الحسّية .

● التبلدّ الذهني : يحدث تخدّر وتجمّد وثقل نفسي وخمول عقلي .

● تغيم الوعي : تشوش عميق للوعي ولا توجّه زمني - مكاني والتخليط الواقعي الحلمي وإستحالة تثبيت الذاكرة .

٢) فرط اليقظة

تتظاهر باستثارة نفسية وحركية مفرطة وانتباه مشتّت وتخفّي هبوط الوظائف الذهنية وتترافق بإضطرابات إنفعالية وعاطفية ، تشاهد في حالات شبه حلمية ، وهياج شبه هوسي وعند تناول المخدرات

د إضطرابات اليقظة الكيفية

● تضيّق مجال الوعي :

يحدث في حالة الضعف النفسي واستقطاب النشاط الذهني إلى إهتمام محدّد . يشاهد في الهستريا والعصابات الرّضية والإرتكاسية الحادّة .

الحالات الغروبية :

تقارب حالات التنويم ، حيث يقوم الفرد بنشاط آلي يختلف عن نشاطه المعهود إلا أنه منسجم ويرافقها إضطراب الحسّ بالواقع ، ويتداخل فيها الخيال مع الحقيقة .

● الحالات الإزدواجية (الثانية)

حيث يتّبع المريض نمطاً سلوكياً يختلف تماماً عن سلوكه المعهود وشخصيته وتشاهد لدى الهستريائيين والسرنماثيين (النشاط الحركي خلال النوم) الخ

● الحالات الحلمية

يحدث لدى المريض نشاط حلمي يختلط ويتداخل مع الواقع فيخاله حقيقة وينفعل ويتصرّف على أساس ذلك . يشاهد هذا الإضراب في الهذيان الإرتعاشي

● الحالات شبه الحلمية

هي حالات حادة تتميّز بانفجار أفكار هذيانية متنوّعة متعدّدة تؤدّي لاضطراب وعي الفرد بذاته وبعلاقته بالعالم الخارجي .

٤ إضطرابات الوعي بالذات

يتعلّق الوعي بالذات بخلاصة التجربة العميقة للفرد في بعدها الستاتيكي

المادي والنفسي الراهن وفي بعدها الديناميكي . فهو يشمل :

ـ الوعي بالجسد والصورة الجسدية في بنياتها وديناميكيتها العضوية والوظيفية ، الفاعلة والمنفعلة (الإستقبالية)

ـ التجربة النفسية الناجمة عن توافق وتفاعل الأفكار والتصوّرات والأحاسيس والرغبات والإنفعالات والتي تتبلور في وعي بحقيقة الذات ووجودها العميق وحدودها وتحدّد للهوية الشخصية وتعرّف على هوية الآخر .

أ إضطرابات الصورة الجسدية والتجربة الجسدية

تنبع الصورة الجسدية من نضج واندماج الوظائف النفسية ـ الحركية والغريزية ـ الإنفعالية والإدراكية والإجتماعية

إضطرابات عصبية عضوية :

تحدث خصوصاً في إصابات الفص الجداري

أ في إصابات الفص الجداري المسيطر (الأيسر عادة) :

ـ اللاتعرّف اللمسي (لا يمكن التعرّف على الملموسات دون مساعدة البصر)

ـ تناذر غرتشمان : يشمل : لا تعرّف لمسي ـ لا تمييز بين اليمين واليسار عمه حركي ـ عجز عن الكتابة ـ عجز عن الحساب ـ عجز عن تحديد نواحي الجسد

ب في إصابات الفصّ الجداري اللاّمسيطر (الأيمن) :

ـ تناذر أنتون ـ بابنسكي : يشمل :ـ فقدان التعرّف على نصف الجسم الأيسر

ـ شلل نصف الجسم الأيسر ـ لا يعي المريض وجود إضطرابه ويتصرّف كأنه غير مصاب

ج في إصابات الفص القفوي :

ـ اللاّتعرف البصري : يكون كلّياً أو جزئياً ، من أنواعه

- اللاّتعرّف اللوني
- اللاّتعرّف على الوجوه .

٢ الإحساس بالعضو الوهمي (الشبح)

يحدث بكثرة لدى الأشخاص الذين يبتر أحد أطرافهم أو أعضاؤهم وإثر المداخلات الجراحية الإستئصالية . فيستمرّ إحساس الفرد بوجود عضوه ويتصرّف على هذا الأساس كما تحدث لديه أحاسيس هلسية (كالألم ، والحرق والتنمّل) على مستوى العضو الوهمي .

٤ ـ الإضطرابات الحسّية تحدث خصوصاً لدى المراقين (يمكن الرجوع إلى الفقرة التي تتناول إضطرابات الحس والإدراك . .)

ب إنحلال الشخصية (ضياع الشخصية)

يضطرب وعي المريض في هذه الحالة فيحس بإزدواج أو تبّدل أو إنحلال في شخصيته فيفقد التعرف على ذاته وهويته كما تحدث إضطرابات في وعيه الجسدي .

وقد يقتصر الإضطراب على الوعي الجسدي متمثّلاً بشعور بغرابة الجسد وعدم إعتباره جزءاً من الذات والشعور بأن حركاته وأفعاله غريبة وآلية لا تنتمي إلى ارادة المريض ورغباته . وقد يقتصر على الوعي «بالأنا» النفسية أي النشاط النفسي الداخلي . أو يكون شاملاً للوعي والشخصية فيجمع الإضطراب إستلاباً في الأفكار والأحاسيس والتمثّلات والأفعال والذكريات والإدراك والعلاقات مع العالم الخارجي ، فتبدو غريبة ينكرها المريض ولا يعترف بانتمائها له وإرتباطها بهويته . فيحس بأنه تبدّل ولم يعد مثلما كان أو أنه مزدوج ولا يستطيع تمييز أي «أنا» هي «أناه» الحقيقية الخ . . . .

يترافق انحلال الشخصية أحياناً بإحساس باهتزاز الواقع فيبدو العالم الخارجي ، للمريض ، غريباً ، خيالياً ، خرافياً ، بعيداً ، جامداً ، غائماً مليئاً بأشباح وغير ملموس فيشك بحقيقته ووجوده . وهو كثيراً ما يصف هذه الأحاسيس الداخلية والخارجية بصفة الغرابة .

إن حالات إنحلال الشخصية الخفيفة والعابرة تحدث أحيانا لدى أفراد «عاديين» من الشباب إثر أزمة علائقية حادّة ويأس وشعور بالاهمال والحرمان .

وتشاهد هذه الحالات إثر تناول المخدرات .

على المستوى المرضي تحدث أزمات من الشعور بانحلال الشخصية في الأمراض العصابية (الهستريا ، الوهن النفسي ، العصاب القهري الوسواسي) وفي الهمود والحالات الحدودية . وتتظاهر هذه الأزمات لدى الشخصيات اللا ناضجة والنرجسية كارتكاس تجاه مواقف حرمان واهمال وعوز عاطفي فعلية أو موهومة .

أما انحلال الشخصية لدى الفصامي فهو يختلف بوخامته ويمثّل غالبا حالة مستديمة يحدث فيها تجزأ وتقطّع للبنية والديناميكية النفسيتين يَضطرب فيها الانسجام الجسدي والهوية والوعي بالأنا النفسية والعمق الحميم للشخص .

ج الفزع

يحدث هذا الاضطراب خصوصا عند تطور حاد للمرضية النفسية ينجم عنه إختلال في الوعي بالذات . وفي التعرف والتكيّف مع المحيط . يحسّ المريض بحدوث تبدّل غريب عنده ويبدو له كلّ شيء غير عادي وغير مفهوم فيظهر على سحنته الاندهاش والخوف كأنه يبحث عن شيء ما وينظر بقلق الى ما يحيط به ، يغمغم كلمات غير مفهومة ويقوم بحركات هروب وفزع ، يتسم سلوكه بالتردد ويلقي أسئلة متقطّعة يستفسر فيها عن حالته وعما حدث له وعما يجري حوله .

٥ ـ اضطرابات التفكير والمحاكمة

اضطرابات التفكير

التفكير هو السياق الذهني الإرادي والعفوي الذي يمثّل تفاعل عناصر التجربة الشخصية وتجريدها ونموها وتطورها طبقا للملكات النفسية والعقلية للفرد . وتندمج المشاعر والإنفعالات والذكريات باستمرار في النشاط الفكري .

أ ـ اضطرابات مجرى التفكير

إضطرابات النظر الفكري

١ ـ تسرّع النشاط الفكري :

تتعاقب الأفكار بسرعة شديدة وينشط التداعي متنقلا من الخيال والتصوّرات الى الذكريات والمحاكيات والسرد الخ . . قد تصل الى درجة هروب الأفكار لدى المريض وعجزه عن تعقّبها وتصبح إذاك مختلطة ومشوّشة ، متناقضة كما ينزع التفكير الى السطحية والشرود حيث يتبدّل فجائياً وبسرعة ويصبح متعلّقاً بالمثيرات الخارجية والتبدّلات التي تطرأ على المحيط .

تشاهد هذه الحالة في النوبات الهوسية ، ومراحل من الداء الصرعي وفي بعض الانسمامات (بالأمفيتامين ، القنب ، النيكوتين . .)

٢ ـ تباطؤ النشاط الفكري :

ينال الجمود التفكير الذي يصبح متثاقلاً لزجاً قليل الثراء ، يصعب عليه ـ الانتقال من موضوع لآخر وقليل التأثر بالمثيرات .

يشكو المريض هنا من إحساس بالفراغ الذهني حيث لا ترد أي أفكار الى رأسه ، وهو لا يبادر بالتحدّث الى الآخرين ولا يجيب على الأسئلة إلا باقتضاب شديد . تشاهد هذه الحالة لدى المموديين الذين ، بالاضافة إلى بطئهم الفكري ، يتمركزون على نمط وحيد من التداعي يتعلّق بأفكار الموت والمآسي ، والذنب والفواجع .

أما في حالة التخليط الذهني فيكون التفكير غائماً ومشوّشاً ويعود البطء الفكري الى تدنّي الوظائف العقلية النفسية والفيزيولوجية واضطراب الحس والإدراك والوعي .

إضطرابات السياق الفكري

١ ـ التفكير المفصّل :

يترافق بلزوجة فكرية شديدة وتباطؤ ذهني . يصعب على المريض هنا الإنتقال

من موضوع الى اخر فهو يفرط من التفاصيل ويكررّها ويعجز عن تمييز العناصر الهامّة عن الهامشية في موضوعه . وكثيرا ما يتوه تفكيره ويصعب فهم ما يقصده . يشاهد هذا الاضطراب بالخصوص عند الصرعيين .

٢ ـ تشوّش السياق الفكري وتقطّعه :

يشاهد لدى الفصامي الذي يفقد القدرة على التنسيق بين أفكاره ، فيتوقّف مثلا فجأة عن الحديث ثم يعود الى موضوعه بأسلوب مختلف أو ينتقل الى موضوع آخر دون سابق إنذار .

أو يشاهد لا تناسق فكري يعبّر عن عجز عن الربط بين الأحاسيس والتمثّلات والمفاهيم والمحاكيات واضطراب التداعي بحيث يتكوّن التعبير من كلمات وجمل لا ترابط بينها الا بالقافية أحياناً .

٣ ـ رتابة التفكير :

حيث يتوقّف التفكير على نفس التمثلات ويتظاهر بتكرار دائم لنفس الجمل والكلمات أو الإجابات مثلا : «من أين أتيت ؟ ـ من القرية ـ مع من أتيت ؟ ـ من القرية ـ ما اسمك ؟ ـ من القرية ـ من هو طبيبك ؟ ـ من القرية !» .

ب ـ إضطرابات محتوى التفكير

يتشكّل محتوى التفكير من أفكار وأحاسيس ومشاعر وصور وذكريات تخضع للتفاعل والتحليل والتركيب والتعبير .

١ التفكير الخيالي واللاّواقعي :

يتشكّل في الحالة السوية من الأحلام وأحلام اليقظة والخيالات والإلهام المبدع وعموما كلّ الإستيهامات المتشبعّة بالانفعال والتي تمثّل تحقيقاً خياليا لرغبات وطموحات شعورية أو لا شعورية .

ـ إلا أن هذا النشاط الخيالي قد يصبح مرضيا عندما يشكّل لدى الفرد تعويضاً ومهربا من مواجهة الواقع . كما يحدث في عدّة حالات عصابية .

ـ أما في هوس الخرافة (أو هوس الكذب) فينزع الفرد إلى الافتراء والكذب وسرد مغامرات أسطورية على أنها حقيقة ، بدافع شعوري أو لا شعوري حتّى يتعذّر عليه التمييز بين الواقع الموضوعي وإنتاجه الخيالي .

ـ قد يضطرب مضمون التفكير عبر تناذر الآلية الذهنية الذي يشمل عددا من الأهلاس النفسية وشعوراً بفقدان إستقلالية التفكير والسيطرة عليه إضافة لأفكار غريبة ومسلّطة .

ـ تجزّأ التفكير حيث يصبح النشاط الفكري خليطاً من العناصر اللامترابطة .

ـ اللاّتوافق الفكري الانفعالي المتمثل في تباين بين التعبير الكلامي والتعبير الانفعالي .

٢ ـ الأفكار الثابتة (المتسلّطة ، المسيطرة)

هي أفكار تستمدّ منبعها من واقع الفرد ومن أحداث فعلية في حياته اليومية إلا أنها تستقطب شحنة إنفعالية كبيرة وتأخذ أهمية متعاظمة في تفكير الشخص لا تتّفق غالباً مع قيمتها الفعلية ، بحيث تستحوذ على ذهن الشخص وتشوّش انشطته الفكرية الأخرى إذ تكون حاضرة باستمرار في سياقه الفكري .

قد تكون في الحالة السوية دافعاً إلى القيام بجهد استثنائي وتحقيق إنجاز إبداعي أما في الحالات المرضية فإنها قد تكون إرتكاسية تجاه صدمة إنفعالية (فشل ، حداد) أو معبّرة عن هذيان كحولي أو احتداد إكتئابي أو تصبح محور هذيانات زورية كهذيان الغيرة .

٣) الوساوس ـ الأفكار والأفعال القسرية

تتمثّل الحالات الوسواسية والقسرية في ظهور أفكار أو مخاوف أو مشاعر أو نزعات ورغبات في السياق الذهني للشخص يشعر بأنها تتناقض مع المنطق

والمحاكمة العقلية أو مع «أناه» ورغباته الواعية . وتظل هذه الأفكار حاضرة في ذهنه رغم مقاومته لها ، وهي تؤدّي الى توتر وقلق وتوجّس واضطرابات إنباتية .

أ ـ الوساوس والقسريات الفكرية

وهي عدة انماط منها :

ـ قسر الشخص على القيام في ذهنه بعمليات حسابية أو سرد سلسلة كلمات أو جمل أو قواعد أو ممارسة طقوس ذهنية كعدّ خطواته أو المنازل أو الأشجار التي يمرّ بها ،

ـ بروز أسئلة وتساؤلات لا منطقية في ذهن المريض ، لا جدوى منها وهي تتكررّ قسريا مثل «لماذا هي السماء زرقاء ؟» «لماذا هي الأرض مكوّرة ؟»

ـ بروز مخاوف قسرية لا مبرّر لها مثل الخوف من حدوث زلزال أو من انهيار السقف أو من حدوث طوفان أو كارثة الخ وقد ترتبط هذه المخاوف بالرهابات عندما يتحدّد موضوعها ويكون ثابتاً .

ـ اجترار الشخص للأحداث التي مرّت به واستعادتها عدّة مرات ومحاسبة نفسه وإنشاء افتراضات حولها (ماذا لو حدث الأمر بشكل مختلف ؟ أو لو تصرّفت بأسلوب آخر ؟ .) وترافقها مشاعر الندم والخيبة والقلق والفشل والألم والذنب وأحياناً تفاؤل وغبطة مترافقين بالتوتر والقلق وعدم الثقة . وأحياناً يتعلّق الإجترار والتساؤلات والشكوك والمخاوف بمواضيع محدّدة روحانية ودينية وأخلاقية .

ب ـ الوساوس الرهابية (القسريات الرهابية)

حيث يتمركز الوسواس حول موقف محدّد فيتظاهر بأحاسيس مؤلمة وحصر وقلق وخوف وكرب بمواجهة شيء أو موقف محدّد . لذلك يحدث خوف متسلّط مرتبط بذلك الموقف لا يستطيع الفرد طرده رغم إقتناعه بسخافته ولا منطقيته ويؤدّي ذلك إلى سلوكيات تجنّب .

من هذه الرهابات : رهاب الخلاء . الخوف من المساحات الواسعة .

رهاب الحصر : الخوف من الأماكن المغلقة والضيّقة .

رهاب الأعالي : الخوف من الأماكن العالية .

رهاب الإتساخ : الخوف من الاتساخ .

الرهابات الاجتماعية : كالخوف من الشوارع المليئة بالناس ومن الأماكن العامة والخوف من إحمرار الوجه والخوف من التحدّث الى مجموعة من الناس .

رهابات المرض : الخوف من الأمراض كرهاب السيفليس ، رهاب السرطان ، رهاب أمراض القلب .

وتترافق الرهابات بارتكاسات واضطرابات إنباتية مع الحصر والقلق والخوف .

ج الوساوس النزوية

ـ الميول أو الرغبات الوسواسية (القسرية)

حيث يحس الفرد برغبة فجائية في القيام بعمل مخيف لا مبرّر له كأن يمسك بأذن أحد المارة أو يكشرّ للعابرين أو يرقص بالشارع إلا أنه لا ينفّذ هذه الرغبات التي تشكل تبريراً لا شعوريا للانطواء وتجنّب الاختلاط الاجتماعي .

ـ النزوات القسرية أو رهابات النزوة

حيث يشعر المريض بدافع (لا يتحقّق إطلاقاً) للقيام بعمل ما كإلقاء نفسه من النافذة أو نزع ملابسه أمام الحاضرين . . الخ .

ـ الأعمال القسرية

هنا ينفّذ المريض أعمالا تتعلّق بأفكار الشكوك والمخاوف والتردّد التي تسيطر على تفكيره ، كالتحقّق من إغلاق باب منزله عدّة مرات والتأكد من إطفاء الأنوار أو إغلاق الغاز ، أو من وجود بعض الأشياء في مكانها .

الطقوس القسرية

وهو سلسلة طقوس يلجأ اليها المريض للتخفيف من وساوسه وقلقه مثل غسل اليدين بالصابون عشر مرات متتالية أو تلاوة جمل محدّدة قبل النوم أو تهيئة الفراش بوضعية محدّدة . . الخ .

٤ ـ الرهابات

سبق ذكرها في سياق الأفكار الوسواسية والقسرية فهي من نوعها إلا/أنها تتمركز في استقطاب محدد يرتبط بموقف بعينه مما يشكل دفاعا ضد تعمم القلق بتحويله وتكثيفه على مواضيع رمزية . مما يحرّر الشخص من الوساوس والحصر فيما يخالف ذلك من المواقف . ونظراً لأن الرهابات تشكّل العرض الجوهري للعصاب الرهابي ، فيمكن إعتبارها سريرياً نمطاً مرضيا مستقلاً نسبياً عن بقية الوساوس والأفكار القسرية .

٥ الأفكار الهذيانية

تتمايز الأفكار الهذيانية عن خلل المحاكمة والأفكار الخاطئة فهي تتّسم بقناعة شبه مطلقة لا يمكن دحضها ولا يمكن أن يطالها النقد أو المحاكمة أو الإثبات فهي «بداهة داخلية» تعبّر عن إضطراب وخيم في البنية النفسية للفرد . تؤثر الأفكار الهذيانية بعمق على الفرد وتوجّه سلوكه وكلّ أفعاله . تكون الأفكار الهذيانية شخصية فلا يشارك المريض فيها أفراد آخرون من نفس الإنتماء العرقي والثقافي الإجتماعي ومن نفس العمر والعصر والمعتقدات . بحيث لا يمكن إعتبار بعض المعتقدات التقليدية والخرافية والناجمة عن الجهل أو الوسط الثقافي هذيانات (كالاعتقاد بالسحر) بينما قد تكون هذيانية فعلا في ظروف ومحيط مختلفة .

تكون الهذيانات دائمة أو عابرة ، وحيدة أو متعدّدة ، ثابتة أو متبدّلة وتُفسرّ بكونها تنجم عن آليات إسقاطية لا شعورية تحرّر الشخص من أحاسيس وعواطف مزعجة . فينسبها الى أشخاص آخرين .

يمكن تقسيم الأفكار الهذيانية ، سريريا الى مجموعات ثلاث :

١ ـ هذيان التعقّب :

يعتقد المريض أن أشخاصا يراقبونه ويلاحقونه قصد قتله أو الإساءة إليه . ويشكو من أضرار واعتداءات تلحق به وبأملاكه ومهنته وأسرته وتدعم أهلاس سمعية دعواة بتلقيه تهديدات وشتائم كما يقوم بتأويل خاطىء لبعض الوقائع والمحسوسات .

٢ ـ هذيان التأثير

يعتقد المريض بوجود قوى خارجية تؤثّر على افكاره وأحكامه أو أقواله أو افعاله أو إرادته ويعزو ذلك إلى التنويم المغناطيسي أو توارد الخواطر أو قوى شيطانية أو إلهية الخ .

٣ ـ هذيان العلاقة :

هذيان تأويلي يعتقد فيه المريض بأن كلّ ما يحدث حوله يتعلّق به ، فالناس يتحدّثون عنه ويسخرون منه ويتغامزون عليه ويضحكون بهزء منه مما يدفعه إلى تجنّب الأماكن العامة والهرب من الإختلاط بالناس .

٤ ـ هذيان التسمّم

حيث توجد لدى المريض قناعة راسخة بوجود من يريد أن يدس له السم . لذلك يرفض تناول الطعام والأدوية ويراقب الآخرين خوفا أن يقوموا بتسميمه ويشتري ويعدّ طعامه بنفسه . . الخ .

٥ ـ هذيان الإساءة المادية

يحمل المريض القناعة بأن من حوله يقومون باختلاس أمواله وسرقة ثيابه وأثاثه . وأن بعضهم يتلقى مرتبه ويتركه في حالة عوز وفقر . . إلخ

٦ ـ هذيان السحر :

يقتنع الشخص أنه ضحية تمائم أو تعاويذ سحرية ، وأنه شرب سائلاً سحريا أفقده قوته أو إرادته أو أن تميمة مسحورة مخبأة في بيته . . الخ .

٧ ـ هذيان الاتهام

يحمل المريض قناعة حاسمة بأن من حوله من أشخاص يتهمونه بارتكاب محرّمات وجرائم ويعتقدون بأنه لصّ ومنحرف وفاسد أخلاقيا إلا أنه لا يستطيع إثبات براءته ، خصوصا لوجود من يقوم بتزييف الحقائق . .

٨ ـ هذيان الغيرة

هذيان عاطفي يجعل المريض يعتقد بخيانة زوجه ، ويبني ، على أساس وقائع تافهة لا معنى لها ، تأويلات وبنيانا متناسقاً يجد فيه دليلا حاسما لا يقبل الشكّ على الخيانة الزوجية .

ب ـ هذيانات العظمة

١ ـ هذيان الاختراع

يكون المريض مقتنعا بأنه توصّل الى كشف هام واختراع سيغيّر مصير البشرية أو أنه تمكّن من صياغة نظرية اجتماعية ستحقّق الرخاء والسعادة وتحلّ كل مشاكل المجتمع . . الخ ويسمى في هذه الحالة هذيان الإصلاح .

٢ ـ هذيان النبوّة :

يعتقد المريض بأنه لا ينتمي إلى الأسرة التي يعيش فيها بل هو ابنها بالتبني بينما والداه الحقيقيان هما من كبار الأغنياء أو من عظماء الناس ومن النبلاء أو الملوك الخ . .

٣ ـ هذيان الثروة

يدّعي المريض بأنه يملك ثروات هائلة وأراضي شاسعة وقصوراً فخمة ومناجم ذهب ويعد بتقديم مساعدات وهدايا الى أفراد محيطة الخ .

٤ ـ هذيان الهوس الشهواني

هذيان عاطفي يعتقد فيه المريض خطأً بوجود شخص مولّه بحبّه سواء كان هذا الشخص خفياً أو متواجدا بمحيطه . فيكتب الرسائل الغرامية ويتحدّث عن عشقه ويفسرّ كل حركات وسكنات هذا الشخص بأنها علامات ودلالات على حبه . وقد يعتقد المريض بوجود عدّة عشاق له .

٥ ـ هذيان التعاظم والخُيلاء

يحل هنا هذيان العظمة إلى أقصاه فيقتنع المريض بأن كل أموال العالم ملكه وكلّ أطفال الأرض أبناءه وأنه كتب كلّ السمفونيات وكل الكتب وأنه يمكنه تحقيق المعجزات والتحكّم بالكون الخ . .

ج ـ الافكار الهذيانية الصغارية (الهمودية ، السلبية)

١ ـ هذيان الصغار والاتهام الذاتي والذنب والخطيئة :

يكون المريض مقتنعا بتفاهة قيمته الذاتية فيعتقد بأنه غير جدير بالحياة ولا بأي شيء يقدّم له من طعام أو شراب أو لباس بل يظن أنه ثقل على الآخرين وانه يعتدي على حقوقهم وأن وجوده خطر على العالم ويرى أن ماضيه حافل بالخطايا والجرائم والمحرّمات ، وأنه أساء الى أقربائه وإلى سعادة الآخرين وأنه لا يستحقّ إلا الألم والعذاب والعقاب ويقتنع أن هذا العقاب حتمي وآت لا ريب فيه .

٢ ـ الهذيانات المراقية :

يعتقد المريض جازما بأنه يعاني من مرض خطير (كالسرطان ، أو السيفيليس) وأن الداء يسرح في كل جسده ولم يبق له إلا القليل من الزمن للحياة فدمه يتجمد وعضلاته تتفسخ بينما تسري الجراثيم في كل أنحاء جسده أو تنسدّ أمعاءه ويعجز عن الأكل والإفراز .

ومن الأنواع الوخيمة لهذه الهذيانات ـ هذيان الإنكار حيث يؤكد المريض بأنه فقد أحشاءه وأن دمه تبخر وتوقف قلبه عن النبضان وامحت عظامه بل وأنه لم يعد موجودا إطلاقا ! وأحيانا يمتدّ هذيان الإنكار الى العالم الخارجي حيث يدّعي المريض أن الشمس قد اختفت وأن العالم بطريق الفناء وأن الأرض انهارت الخ .

اضطرابات المحاكمة

المحاكمة وظيفة عقلية تسمح بتقييم المعطيات الحسية والعقلية وبالربط والمقارنة بين العناصر المعرفية والعلائق المنطقية التي تنظّمها . تنبني المحاكمة على تجربة الشخص المتكاملة وقيم ومعتقدات محيطه .

١ ـ تسرّع المحاكمة

يبدو ذلك لدى الهوسي ومتناول الكحول حيث تسهل لديها المحاكمة وتكون سريعة وتبدو منطقية ومتجانسة إلا أنها في الحقيقة تكون سطحية ولا تتناول المواضيع المعقدّة والمجردّة .

٢ ـ تدني المحاكمة

أ ـ قد يكون عابرا ومتراجعاً ، مثلما يحدث في التخليط الذهني حيث يتباطأ الفكر التجريدي وتتدنى قدرات التمييز والاختيار بين المعطيات المختلفة . وغالبا ما يكون المريض مدركاً لاضطراب أفكاره وتباينها مع أقواله وأفعاله ويبذل جهداً فاشلاً للسيطرة على سياقه الذهني .

ب ـ وقد يكون متدرّجاً نهائياً وشاملاً : فتظهر اضطرابات المحاكمة باكرا

وتشاهد خصوصا في العته وفي الشلل العام (السيفيليس) حيث يشاهد : لا انسجام فكري ولا منطقية وهذر .

٣ ـ شذوذات المحاكمة

نشاهدها خصوصاً في الحالات الهذيانية التي تتبنّى معتقدات وقناعات شاذّة لا تخضع لسياق منطقي واقعي ، بل إن المريض يحرف الواقع ودلالات الأحداث حسب آلياته النفسية المرضية .

أ ـ العقلنة المرضية

يشاهد لدى الفصامي الذي يتّبع عقلنة منهجية باردة شبه منطقية وتكون محاكمته متناسقة ومتمايزة ، إلا أنها مفرطة التجريد غائمة ومنغلقة .

ب ـ مجانبة المنطق

حيث يفقد الترابط المنطقي ويقدّم المريض محاكمات مبنية على إستنتاجات خاطئة غالبا ما تكون خالية من المعنى وسخيفة ، مثلا : «لقد فشلت في دراستي لأني كنت أفرط في تناول الحليب !» أو «انني موجود بالمستشفى لأن والدي يعمل محامياً !» .

ج ـ التأويل

يبحث الانسان طبيعياً عن تأويل الظواهر والاحداث التي تتمّ حوله ويسعى الى تفسيرها وربطها بظواهر وأحداث أخرى ويكون ذلك مبنياً على تجربته ومعارفه .

أما في علم النفس المرضي فتطلق تسمية التأويل على حكْم واستنتاج خاطئين ينطلقان من إدراك سليم . فالهذياني يركّب ما يجمعه من معطيات إدراكية حسب استعداداته المرضية الهذيانية ويدخلها في منظومة متناسقة قد تبدو منطقية لأول وهلة إلا أنه سرعان ما تظهر ثغراتها وفجواتها سواء في الأحداث ذاتها أو نسبة نسبة

للبنيان النفسي للمريض وأسلوبه في المحاكمة . لكن قناعة المريض لا تتزعزع حتى عندما يواجه بحجج دامغة تشكك في استنتاجاته أو تثبت خطأها .

تشاهد النزعة التأويلية في عدة أنماط هذيانية وعندما تتغلّب الآليات التأويلية تطلق تسمية «الهذيانات التأويلية» على هذا النوع من الهذيان .

6 اضطرابات الذاكرة

الذاكرة هي مجموع الوظائف الذهنية التي تقوم بتسجيل المعلومات وحفظها واسترجاعها . إلا أن الذاكرة ليست جهازا عقليا مستقلاً يعمل بصورة آلية بل إنها تتعلّق في بنيتها وديناميكيتها بكامل البنيان النفسي والعقلي والحواسي للفرد . . وتلعب دوراً حاسما في شخصيّته ونموّه وتطوّره . إذ تستدعي كلّ العمليات النفسية والعقلية سلامة وظائف الذاكرة ، حيث أنها تعتمد على حصيلة التجربة الحياتية في جميع أبعادها الذاتية والموضوعية ، المادية والمجرّدة والتي تقوم الذاكرة بتسجيلها .

توجد عدّة أنماط من الذاكرة يتباين تغلّبها عند الأفراد منها : الذاكرة السمعية ، الذاكرة البصرية ، الذاكرة التجريدية الخ . .

من العناصر التي تؤثر في فعالية وقوّة الذاكرة : العمر حيث تكون قوة الحفظ والتذكّر على أشدّها في سن العشرين ـ تكرار التعلم أو التجربة ـ الدوافع الإيجابية ـ الإنتباه واليقظة والتركيز ـ العوامل الإنفعالية (حيث يميل الفرد الى تذكر التجارب المريحة) ـ تطابق سياق وانتظام التجربة الجديدة مع نمط التجارب السابقة ـ بعض العوامل الفيزيولوجية والفارماكولوجية .

I النسيان :

تخضع الذاكرة لآليات نفسية وعقلية معقدّة تعتمد على قاعدة فيزيولوجية تعمل على تنظيم تسجيل وحفظ السيل الهائل والمستمر من المعلومات الحسيّة والحواسية والذهنية ممّا يعني وجود نظريات وتساؤلات حول هدوء الذاكرة وكيفية تسجيلها وحفظها للمعلومات . . إلا أنه يمكن القول بأنه توجد عتبات استقبالية تتعلّق بعوامل سبق ذكر بعضها تحدّد و«تنتقي» وتحدّ من المعلومات المسجلة . يمكننا

أيضا اعتبار أن التسجيل يعني الحفظ حتماً وهو يتعلّق بمدى انطباع المعلومات على مستوى القاعدة الفيزيولوجية والقاعدة النفسية . على مستوى مخزونها السابق .

٢ ـ الوهل الفجوي :

حيث تعجز ذاكرة المريض عن تسجيل المعلومات خلال فترة محدودة ثم تعود إلى عملها الطبيعي إثر ذلك . فتظل فجوة قائمة في ذكرياته لا يستطيع إدراك ما حدث خلالها . تشاهد هذه الحالة في الرضوض الدماغية وأزمات التخليط الذهني والصدمات الكهربائية .

٣ ـ الوهل المتلاحق (النسيان الأمامي)

هنا يسجّل المريض المعلومات إلا أنها تندثر من ذهنه خلال لحظات أو دقائق يتمّ ذلك بشكل متعاقب ومتلاحق بحيث يعجز المريض عن حفظ واستدعاء المعلومات التي ترد إلى ذاكرته إثر بدء الاضطراب .

٤ ـ الوهل الراجع

حيث يفقد المريض الذاكرة بالنسبة لكلّ محتوياتها السابقة لفترة حدوث الاضطراب .

٥ ـ الوهل الراجع والمتلاحق :

حالة كثيرا ما تشاهد . يتشارك فيها النوعان السابقان من فقدان الذاكرة .

٦ ـ الوهل المتصاعد

حيث يفقد المريض الذاكرة بشكل تدريجي . فيبدأ بنسيان المعلومات والذكريات الحديثة العهد ثم يمتد نسيانه أكثر فأكثر ممتدّاً الى السنوات الماضية . يبدأ النسيان بتشوّش الذكريات ثم تنمحي هذه الذكريات تماما وكثيراً ما يحتفظ المريض في هذه الحالة بذكريات قديمة جداً .

٧ ـ الوهل الإصطفائي

حيث يتعلّق إضطراب الذاكرة بأنماط محدّدة من الذكريات أو بالأحداث أما على مستوى الإمّحاء فنعتقد أن المعلومات التي تمّ تسجيلها وحفظها في المرحلة الأولى لا تنمحي فعلا الا لأسباب مرضية وآفات تشريحية وفيزيولوجية عصبية (كالالتهابات والتنكسات والانسمامات . .) أما في الحالات الأخرى فينال الخلل ملكة الإسترجاع والإستدعاء . ومن التجارب التي تثبت ذلك تذكر أحداث وتجارب طفلية مبكّرة خلال التحليل النفسي أو إسترجاع نصوص مدرسية وأشعار وغيرها من التجارب التي تمّ نسيانها منذ عشرات السنين وذلك تحت تأثير التنويم الطبي .

فالجهاز النفسي يقوم بخزن معظم المعلومات والتجارب الملتقطة ، في اللاشعور ، حتى لا يعجّ الشعور بأكداس من المعلومات غير المجدية آنيا والتي تشوّش نشاط الانا وتناسقه . تكون بعض هذه المعلومات في حيّز ما تحت الشعور فيسهل استدعاؤها . بينما يكون البعض الآخر مندسّا في أعماق اللاشعور فيصعب أو يستحيل (في الظروف العادية) إستدعاؤه يعود هذا التفاوت الى درجة تثبيت المعلومات وتراكمها وقدمها وغير ذلك أو إلى عوامل وقوى غريزية ـ إنفعالية تحتّم بتدخل الرقابة أو الأنا الأعلى إقصاء هذه الذكريات أو التجارب أو التمثّلات أو الرغبات الى أعماق اللاشعور لأنها تحمل شحنات انفعالية ـ غريزية تتعارض بشدة مع الواقع وتهدّد إنسجام «الأنا» وتكيفّها وأمنها بابراز صراعات لا يمكنها تحملها . . إلا أن هذه الذاكرة الإنفعالية اللاشعورية المكبوتة كثيرا ما تتظاهر بشكل مقنع أو رمزي عبر الأحلام والزلات والهفوات والأعراض العصابية .

أ ـ حالات وأنواع وهل الذاكرة (تدنّي الذاكرة)

١ ـ وهل التثبيت (أو التسجيل) :

في هذه الحالة يعجز المريض عن تثبيت معلومات وذكريات جديدة بدءاً من لحظة حدوث الاضطراب بينما تظل ذاكرته سليمة بوظائفها والمعلومات المتعلّقة بموضوع بعينه وهو غالبا من منشأ نفسي ـ إنفعالي يخضع لآلية الكبت والإقصاء .

٩ ـ الوهل الدوري

حوادث نادرة يحدث فيها انقسام لشخصية المريض فيصبح في حالةشرغمة أو حالة غروبية أو حالة اضطراب وعي ، يقوم فيها الفرد بأعمال وسلوكيات وأقوال لا يتذكرها عندما يعود إلى حالته الطبيعية المعهودة .

١٠ ـ الوهل ما بعد الإنفعالي

يحدث بعدصدمة إنفعالية شديدة إثر كارثة طبيعية أو حادث أو وفاة او إعتداء (كالاغتصاب) يفقد فيها المريض ذاكرة الحادثة وما يتعلّق بها كليّاً أو جزئيا وقد يضطرب توجهه الزماني والمكاني . وغالبا ما تتحسّن حالته بعد فترة .

ب ـ حالات تقوّي الذاكرة

١ ـ احتداد الذاكرة القديمة

حيث يتذكر الفرد بدقة ووضوح أحداثاً قديمة جدًا بينما ينسى بسهولة المعلومات والأحداث القريبة . وهي تحدث خصوصا لدى الشيوخ .

وقد تحتدّ الذاكرة بشكل آخر حيث يسترجع الفرد ذكريات قديمة تلتبس لديه مع ذكريات حديثة فيعتقد أن أحداثا وقعت منذ عشرات السنين ، لم يمض عليها سوى أيام قليلة ويتصرّف على ذلك الأساس يشاهد هذا الاضطراب لدى بعض المستربائيين وفي بعض نوبات الصرع الصدغي والتخليط الذهني والإنسمام بمخدرات مهلسة .

٢ ـ حالات فرط الذاكرة

إفراط الذاكرة الاحتدادي : يشاهد لدى أشخاص محتضرين أو إثر صدمات وحوادث ، حيث يبرز إلى الذهن سيل هائل من الذكريات ويستعرض الشخص كل مراحل حياته وأحداثها خلال دقائق قليلة .

نشاهـد قوة ذاكرة هائلـة مدهشـة وإستثنـائية لدى بعض الأفـراد الموهوبين . . . . إلا أن قوة الذاكرة الإستثنائية الإصطفائية التي تقتصر على ميدان محدّد كالأرقام . . تشاهد لدى أشخـاص متخلفـين عقلياً أو يعانـون من إضطراب نفاسي طفلي .

ج اضطرابات الذاكرة المشبّهة أو أوهـام الذاكرة

١ ـ الهذر :

حيث يقصّ المريض ذكريات مختلقة لم تحدث له أبداً على أساس أنها وقعت فعلاً ، حيث أنها من نسج خياله إلا أنه يعتقد أنها ذكريات حقيقية .

يشاهد هذا الإضطراب في تناذر كورساكوف حيث ينطلق المريض في خياله واستيهاماته على أنها من محصولات ذاكرته ويترافق ذلك بسوء تعرّف واضطراب توجّه زماني ـ مكاني ووهل راجع .

نجد هذا الإضطراب أيضاً في بعض حالات العته

٢ ـ التباس الذاكرة

حيث يتذكّر الشخص أحداثاً وذكريات حقيقية وقعت فعلاً إلا أنه يخطيء في تحديد موقعها الزمني .

٣ ـ إشتباه الذاكرة (أو الذاكرة الخبيئة)

هنا لا يتمكّن الشخص من التمييز بين أحلامـه وخيالاتـه وبين محتـويات ذاكرته ، فلا يستطيع أن يحدّد إن كان الحدث الحاضر في ذهنه قد وقع فعلاً أو كان مجرّد حلم أو كان يخصّه شخصياً أو يخص شخصاً آخر ، فهو يتذكر قصيدة شعرية

ولا يدري إن كانت من إبداعه أو من ابداع شخص آخر ، أو يعرف معلومات عن مدينة فلا يدري إن كان إستقاها من كتاب أم زار هذه المدينة بالفعل .

٤ ـ التعرّف الخاطيء

يكون الشخص في مكان أو أمام شخص يشاهد هما لأول مرّة أو يعيش حدثاً أو موقفاً معيناً ويحس فجأة أنه قد سبقت له رؤية هذا المكان أو هذا الشخص ، أو أنه قد عاش هذا الحدث أو مرّ بهذا الموقف سابقاً وغالباً ما يترافق ذلك بإحساس بإهتزاز الواقع .

يشاهد هذا الإضطراب أحياناً في حالات الإنهاك النفسي الشديد وفي بعض النوبات الصرعية والحالات شبه الحلمية .

7 إضطرابات السّلوكيات العزيزية

أ إضطرابات ضبط المصرات

يتكامل ضبط المصرات (التبرز والتبوّل) قبل سن الثالثة عادة . أما في الحالات المرضية فيمكن إستمرار التبوّل اللاّإرادي (خصوصاً أثناء النوم) إلى سن متأخرّة من الطفولة وأحياناً حتي الكهولة . أما التبرزّ اللاّإرادي فهو أندر حدوثاً ويشاهد في حالات إضطراب نفسي شديد لدى الطفل .

يحدث أحياناً أن يتراجع ضبط المصرات لدى الكهل المريض نفسياً بفعل آلية نكوص ، خصوصاً في العته والفصام . . . .

ب إضطرابات النوم

١ ـ الأرق

كثير المشاهدة في الإضطرابات النفسية ويتظاهر بعدّة أشكال منها .

ـ أرق يتمثّل في العجز عن الإستسلام للنّوم وتأخر حدوث ذلك ويترافق بالقلق والتوتّر وأحياناً بأفكار وسواسية .

ـ يبدأ النوم بشكل طبيعي إلا أن الإستيقاظات تتخلّله عدّة مرات كما تكثر الكوابيس ويكون النوم سطحياً .

ـ أرق صباحي حيث يستيقظ النائم باكراً جداً ولا يستطيع العودة إلى النّوم . ويحدث ذلك بشكل طبيعي لدى الشيوخ . أما مرضياً فيشاهد في حالات الهمود والإكتئاب .

يشاهد الأرق في حالات إحتداد النفاس الهوسي ـ الممودي والهذيانيين. كما يكثر لدى العصابيين في حالات : القلق ، الوهن النفسي المراق ، العصاب الوسواسي ، لحدوث خوف من النوم والإسترخاء وخوف من الموت أثناء النوم الخ . . . . ويبالغ هؤلاء في تناول المنوّمات .

٢ ـ النعاس النهاري وفرط النوم

يحدث في حالات الصمود الإرتكاسي حيث يكون النوم الليلي سطحياً أو مضطرباً ؛ فيحسّ المريض بإعياء ورغبة في النوم خلال النهار ويمثل إزدياد فترة النوم في الهستيريا والوهن النفسي تهرّباً من بذل الجهد وتحمّل المسؤوليات ومواجهة مواقف مقلقة .

٣ إضطرابات النشاط الحلمي .

حيث تكثر الكوابيس والأحلام المفزعة ويشاهد ذلك لدى العصابيين .

٤ التزام الفراش :

حيث يلزم المريض الفراش طوال الوقت ليلاً ونهاراً ويشاهد ذلك لدى الممودين .

أو يظل المريض في غرفة النوم (حب الإنغلاق أو هوس الإنغلاق) ويقوم فيها بأنشطة وترتيبات غريبة ، ويتمثّل الإضطراب النفسي هنا في الفصام .

ج إضطرابات السلوكيات الغذائية :

يلبّي الطعام والتغذية حاجة عزيزية لدى الإنسان إلا أنهما يحملان ، في ظل الحياة الإجتماعية للإنسان معاني رمزية وثقافية حضارية . فالتغذية ترمز إلى العلاقة البدئية بالموضوع (الأم) عبر الإرضاع . كما أنهّا تتمّ عبر عادات وتقاليد وطقوس متميّزة ثقافياً وتكرّس المضمون العلائقي .

١ ـ حالات تحدّد التّغذية

يحدّ الشخص من تغذيته ويعزو ذلك إلى فقدان الشّهية الكليّ أو الجزئي (حالات الهمود ، المرحلة المتقدّمة من العمه العقلي)

أو إلى الرغبة في التخفيف من الوزن (في بداية القمه العقلي ، أو تكون أحياناً طبيعية ومبّرره) أو إلى إتباع نظام غذائي خاص (في حالات الفصام) يشاهد أيضاً تحديد التغذية بالإقياء الارادية أو العفوية المستمرّة (لدى الهستريائيين . . . .)

٢ ـ رفض الطعام

يشاهد مرضياً ـ لدى المكتئبين إذ يمثل لديهم الإمتناع عن الطعام عقوبة ذاتية عادلة ، أو يّدعون أنه لا يحّق لهم الإستيلاء على طعام يحتاج إليه الآخرون . . . . الخ

ـ في حالات هذيان التعقّب (الإنسمام ، السحر) إذ يزعم المرضى أن الطعام مسموم أو مسحور .

ـ لدى الفصاميين الذين يعتبرون الإمتناع عن الطعام وسيلة لتطهير الروح والجسد أو يعبّرون بذلك عن معارضتهم وسلبيتهم .

٣ ـ الإفراطات الغذائية والسائلية

* الشره المرضي

يندفع المريض بشكل نزوة إلى التهام كميات هائلة من الطعام بسرعة ولا يستطيع التوّقف عن الأكل . وإثر ذلك تكتنفه مشاعر التقزّز وأحاسيس الذنب والإنتقاص من الذات . تنتهي هذه النوبة غالباً بالإقياء أو بالآلام البطنية . . . . تشاهد عادة في فترة المراهقة خصوصاً لدى الإناث وغالباً في الحالات الحدودية والفصامية وبعض العصابات .

* فرط التغذية :

قد ينجم عن حالات توتّر نفسي أو إحتداد إنفعالي أو عوز عاطفي ويكون معهوداً في بعض حالات العته والتخلّف العقلي .

وقد يعود فرط الطعام إلى عادات غذائية عائلية وربمًا إلى عوامل إرثية .

* الشذوذات الغذائية

كتناول الأوساخ والبراز . يشاهد أحياناً في التخبّل ، والعته التكوصي الشديد .

الإجترار الغذائي

يشاهد لدى بعض الرضع من ٣ إلى ١٢ شهراً ويشفى عادة بين ٣ و ٤ سنوات .

أما لدى الكهول فلا يحدث إلا في التخلّف العقلي الشديد .

* هوس الشرب النوبي

يشعر المريض بدافع شديد لتناول كميات كبيرة من المشروبات الكحولية يحدث ذلك بشكل نوب إحتدادية ويشاهد لدى المختلّين السيكوباتيين وفي النوبات الهوسية

* هوس الماء

يتناول شرب كميات مفرطة من الماء بشكل دائم ويجب إستبعاد العوامل الهرمونية والدوائية في هذه الحالة . يلاحظ هوس الماء بشكل أفكار قسرية في العصاب الوسواسي ، كما يشاهد أحياناً في الهستريا وفي الفصام .

* ظاهرة بيكا :

شذوذ يتناول فيه المريض مواد غير غذائية كالتراب والورق والصابون يكون

في حدود السواء خلال الطفولة الباكرة ويشاهد لدى الكهل خلال تطوّر الفصام أو العته . . . .

هوس الإنسهام

حيث يميل الشخص إلى تناول مستديم ومفرط لموادّ وأدوية قد تحدث آثاراً إنسهامية (كتناول المنشطات أو المهدئات أو كلّ الأدوية التي يمكن الحصول عليها . . . . الخ) يشاهد ذلك لدى أفراد غير ناضجين أو يشكون من القلق ولا يتحمّلون الضغوط الإنفعالية الخارجية .

د إضطرابات السلوكيات الجنسية

I إضطرابات العمل الجنسي والوظيفة الجنسية

١ الإستمناء :

طبيعي لدى الطفل والمراهق والكهل الذي لاتتاح له علاقات جنسية عادية إلا أنه يصبح مرضياً عندما يُفضّل على النشاط الجنسي الطبيعي أو يكون الوسيلة الوحيدة للاشباع الجنسي وبسبب اللجم النفسي .

٢ العجز الجنسي : العنّة

يعتبر القذف المبكّر عجزاً جنسياً جزئياً حيث لايتمكّن الشخص من إستكمال العمل الجنسي وإرخاء شريكته .

أما العجز الجنسي الحقيقي أو الكامل فهو العجز عن الانتصاب عند الاقبال على العمل الجنسي أو العجز عن الحفاظ على هذا الانتصاب بما يكفي لاستكمال الممارسة الجنسية ، ويعتبر اللاقذف أيضاً شكلاً من أشكال العجز الجنسي .

يميّز - العجز الجنسي البدئي : يظهر منذ بدء التجارب الجنسية ويكون «طبيعياً» عابراً أو مرضياً مديداً .

ـ العجز الجنسي الثانوي : يطرأ بعد نشاط جنسي طبيعي ويعود غالباً إلى عوامل : الإرهاق ، التوتّر ، الهمود ، الإدمان الكحولي ، النفور من الشريكة الجنسية .... الخ .

٣ ـ البرود الجنسي :

يتعلّق ، مثل العجز الجنسي بمختلف مظاهر وأطوار النشاط الجنسي : كغياب الرغبة أو حتى النفور من العمل الجنسي ، غياب الحساسية المهبلية ، غياب نشوة الجماع .... الخ

٤ ـ تشنج المهبل

يحدث في بدء العمل الجنسي أو خلاله مما يمنع إستكمال العلاقة ويُحدث آلاماً وبروداً جنسياً. تشاهد مثل هذه الاضطرابات لأسباب عاطفية (كالنفور من الزوج) أو إثر صدمات نفسية (كالإغتصاب) أو بسبب كبت شديد وسوء تربية جنسية وتكثر في حالات الهستيريا .

II الإنحرافات الجنسية :

---

١ الانقلاب الجنسي

يحمل الشخص هنا قناعة حاسمة بأنه ينتمي إلى الجنس الآخر وذلك في ظل غياب أي إضطراب نفسي آخر أو أي خلّل عضوي أو وراثي .

٢ التنكّر الجنسي

حيث يشعر المريض بحاجة ملحّة إلى إرتداء ألبسة الجنس الآخر (وهي حالة نادرة لدى النساء وتشاهد غالباً لدى الرجال) . يحدث ذلك لدى رجل طبيعي عضوياً ولا يشكّك بهويته الجنسية . ويكون هذا التنكّر مترافقاً أو غير مترافق بإثارة جنسية

٣ ـ الفيتشية (عشق التمائم ، الوثنية الجنسية)

وهي السعي إلى الحصول على إثارة جنسية ومتعة بأعمال أو أدوات أو خيالات وأستيهامات لاعلاقة لها عادة بالجنس والنشاط الجنسي ويتمّ ذلك بشكل تفضيلي أو حصري .

٤ الاستعراء (الإستعراضية الجنسية ، كشف العورة)

إضطراب يشعر فيه الرجل بحاجة ملحّة إلى كشف أعضائه الجنسية ويشعر من خلال ذلك بإثارة جنسية شديدة قد تؤدّي به إلى النشوة .

٥ ـ الرؤية الشهوانية (أو حُبّ الرؤية)

يسعى المريض في هذه الحالة الى الإثارة الجنسية بمراقبة إمرأة عارية أو خلال عمل جنسي ولا تكون هذه الحالة مرضية وصفية الا عندما تأخذ شكلا قهريا ويفضّلها الفرد على النشاط الجنسي الطبيعي ، بل وغالباً ما يكون المريض عاجزاً جنسياً . . . .

٦ ـ البهيمية (عشق الحيوانات)

وهي الحصول على الإثارة الجنسية بعلاقات أو تخيّلات جنسية مع الحيوانات .

٧ ـ المازوشية

هي العجز عن الحصول على إثارة ومتعة جنسيتين إلا بتلقّي التعذيب أو الإهانات والتحقير مع العمل الجنسي أو بدونه .

٨ ـ السادية

هي الحصول على الإثارة الجنسية بتصوّر أو ممارسة تعذيب جسدي أو نفسي على شخص آخر . خلال العمل الجنسي أو من دونه .

٨ ـ عشق الأطفال :

حيث تطلب الإثارة الجنسية أساسا من إستيهامات أو علاقات جنسية مع الأطفال .

٩ ـ عشق الجثث

حيث تتم الإثارة الجنسية بممارسة الجنس مع الجثث أو بالتمثيل بها . .

١٠ ـ الجنسية المثلية

يميل الشخص هنا الى الحصول على إثارة ومتعة جنسيتين عبر خيالات أو أنشطة جنسية مثلية تتعارض مع قيمه وتحدث لديه قلقا ومشاعر ذنب وآمتهان .

8 الاضطرابات الانفعالية والمزاجية

تشمل الحياة الإنفعالية مجموع الظواهر العصبية ـ النفسية التي يحسّها الإنسان ويعانيها ويعيشها دون أن تكون نتاجا لسياقه الفكري . فالإنسان لا يستطيع «صنْع» إنفعالاته أو التحكّم في نوعيتها .

أما المزاج فهو الإطار العام للإنفعالات ، إذ يمثّل هذا الإستعداد الإنفعالي الأساسي (الجوهري) الشامل لكلّ المعطيات العاطفية والغريزية والذي يصبغ حالتنا النفسية العامة ويعطيها ، لون إرتياح أو ضيقٍ أو همودٍ ، ويتراوح بين قطبي الألم والمتعة (ديلاي) .

تكون الحالة المزاجية مرضية عندما يرتكس الفرد بشكل نمطي ثابت تجاه كلّ مثيرات محيطه المتباينة أو عندما يكون في حالة لا توافقٍ معها أو تكون استجابته معاكسة للإستجابة المعهودة السوية .

أ ـ الأنماط المزاجية المرضية

١ ـ المزاج الهمودي :

يجب التمييز بين حالات الحزن الطبيعي والمزاج الهمودي الذي يتراوح من حالة الإنهيار النفسي واليأس المديد حتى الألم النفسي ومشاعر الذنب العميقة وتدنّي قيمة الذات واللجم والنظرة السوداء القائمة إلى الحياة والوجود وقد تأخذ هذه الحالة شكلاً هذيانياً وتترافق بأفكار مراقبة .

٢ ـ المزاج الإنشراحي (المنطلق)

يتراوح المزاج الإنشراحي من حالة فرح وإرتياح ورخاء حتى حالات التفاؤل

المفرط وفرط النشاط والإثارة فيكون المريض زائد المرح ، يتنقل من فعالية إلى أخرى فيهمل الجوانب السلبية للأشياء ويحط من شأنها ويقتصر على الجوانب الإيجابية ويبالغ في تقييمها وفي تقييم إمكاناته وقدراته ، يشاهد المزاج المنشرح لدى الهوسي وتحت الهوسي (أوشبه الهوسي) وفي بعض حالات الإنسمام (الكحولي ، الأمفيتاميني ، بالإثير الخ ...)

٣ ـ المزاج اللاّ مبالي (أوالمحايد)

حيث يتميز ببرودة مزاجي ولامبالاة ولا إستجابة للإثارات الإنفعالية وخلو من التعبير والتمايز الإنفعاليين . نشاهد هذه الحالة لدى الفصاميين

٤ ـ إضطراب (أوتبدل المزاج)

حيث يكون المزاج غير مستقر في سياقه يتبدّل من قطب إلى آخر بدون سبب كاف أوظاهر .

ب ـ الإضطرابات العاطفية والإنفعالية

١ ـ الإنفعال المرضي ـ النزوة

إضطراب سلوكي إنفعالي يشذّ فيه تصرّف الفرد عن الطبيعي والمعهود فيتميّز بنوبات إنفعالية شديدة لا تتوافق إطلاقاً مع الموقف القائم ودون مبرّرات ظاهرة أو ملائمة . غالباً ما يندفع فيها الفرد إلى أعمال عدوانية تجاه الآخرين أوتجاه ذاته (كمحاولة الإنتحار) .

في الحالات الخفيفة يكون الإنفعال المرضي ناجماً عن فرط عدوانية واستثارة ولا ينتقل إلى الفعل (لدى بعض العصابيين) أوينتقل إلى فعل محدود أو مصطنع (لدى الهستريائين) أويفقد الفرد السيطرة على نفسه وأعماله ويرتكب أعمالاً شديدة العنف أو العدوانية قد تصل إلى القتل أو تتمثّل في التشرّد والهروب أو الهوس الكحولي أوالاغتصاب . تشاهد هذه الحالات لدى السيكوباتين والإضطرابات النفسية

الشديدة والآفات الدماغية العضوية ويمكن أن تترافق بحالات غروبية (إضطراب الوعي) وبحالات فقدان ذاكرة .

٢ الإستجابات الإنفعالية اللاّمتوافقة

حيث يرتكس المريض أو يستجيب لأحداث ومثيرات محيطية بعواطف وإنفعالات لاتتوافق مع طبيعة هذه المثيرات . كأن يضحك بفرح لدى بلوغ نبأ وفاة أحد والديه أو أن يصاب بنوبة غضب عندما تقدّم له هدية إلـخ . . . يشهـد هذا اللاتوافق الإنفعالي لدى الفصاميين .

٣ ـ الإنشراح المرضي

حالة عاطفية وإنفعالية تتفاوت في شدتّها حيث يعبّر المريض عن فرح وغبطة وتفاؤل لا تتّفق مع وضعه وحالته الذاتية أو الإجتماعية يحدث ذلك لدى العصابي كنوع من التعويض والإيحاء الذاتـي بشكـل فتـرات من الإنشراح قد تتنـاوب مع حالات اليأس والخيبـة والتشاؤم ، بهـدف تخفيف التوتـر والقلـق . . . ويصبـح الإنشراح نمطاً مزاجياً مرضياً لدى الموسيين .

٤ ـ الحصر والكرب الإنفعالي

حيث يشعر المريض بقلق وضيق شديدين وحالة توجّس وتأهّب تترافق بتوتّر واضطرابات إنباتية .

٥ ـ الخلل الإنفعالي

حيث يشعر المريض بحالة إنفعالية عدائية مليئة بالغضب والإستثارة دونما سبب وتترافق بالقلق وأحياناً بالريبة والتوجّس .

٦ ـ الضعف الإنفعالي : (اللاإستقرار الإنفعالي)

يكون المريض سريع الإنفعال والإنتقال من إنفعال إلى اخر دون مبرّرات خارجية . فينفعل لأتفه الأسباب منتقلاً سريعاً من الضحك إلى البكاء ومن الغضب

إلى الإرتياح ومن الحقد إلى العطف والحب ، وتسهل إثارته والتأثير عليه إلا أنه يعجز عن المحافظة على ثباته الإنفعالي يُشاهد الضعف الإنفعالي في الوهن النفسي ولدى الهستريائيين وفي الإضطرابات الدورانية والإصابات العصبية المركزية .

٧ ـ الفقر الإنفعالي

يحدث تدنّي تدريجي في الملكات الإنفعالية فتبدأ الأحاسيس العليا الأخلاقية والجمالية بالتراجع ثم تعقبها مختلف الأنماط الإنفعالية الأخرى لتصل إلى سلبية وحياد إنفعاليين كاملين يميّز هذا الإضطراب الفصاميين .

إضطرابات السلوكيات الإجتماعية

إذا كانت المرضية النفسية ، أساسا ، من منشأ علائقي إجتماعي يتداخل مع الغرائز والنزعات التطورية ، فإنها لا تقتصر في تظاهراتها على الخلل البنيوي والصراعية الباطنة والأعراض الفردية ، بل تنتقل إلى الفعل التدميري أو العدواني عندما تنحبس الكلمة وتغيب الوساطة الرمزية فتصبح النزوة المتحققة ، الرسالة الرمزية الوحيدة الممكنة التي تعوّض انهيارا علائقيا بفشل الإنتقال الكيفي من الإنطباع بالشيء إلى ترميزه ، ويدخل هذا الإنهيار ضمن قوانين التكرار القهري .

إننا نشاهد العنف أو العدوانية حيثما وجد فقر في العلائق الإجتماعية وحيثما إنحرفت نزعات جوهرية عن مسارها الطبيعي سواء كان الطريق مسدوداً أم غائماً مفقود المعالم . . لذلك ليس العنف مرضية نفسية فحسب بل أيضا مرضية إجتماعية يتجاوز فيها الإعتداء الإقتصار في معناه على حركة التدمير ، إلى كلّ سلوكية أخرى ، تتحدّد ضمن الظرف : إعتداء ، سواء كانت إمتناعا وسلبية كرفض تقديم المساعدة أم كانت رمزية كالسخرية والتهكّم والشتم أم فعلا قائما .

هذه العدوانية لا تتوجّه فحسب إلى الآخر بل تتوجّه أيضا إلى الذات ودائما ، بشكل مباشر أو معتنف ، دلالة على إنكار أو التباس هوية لا يتماهى معها مثال الأنا (أيا كانت درجة تكوّنه) بل يعكس إمتداد تجزؤ الذات الجسدية والنفسية فيتشخّص فيها « الموضوع الشرّير » وتنهار الجدارة بتعمق مشاعر الذنب ويتجذّر الحداد على المفقود (الأم الطيبة) فيحلّ محلّ صيرورة الفرح والمتعة الصاعدة ، عذاب جبرية التكرار المازوشي ، حيث يسعى الفرد إلى خلق الطوفان حوله ، إلى تدمير البنى والعلائق ليحاصر كيانه بالفشل ، بالخيبة ، باليأس ، بالرفض بالكراهية ، بالحقد . . . تتمفصل جبرية تكراره هذه مع جبرية تكرار محيطه الذي يكرّر نفس نمط الإستجابة ليعززّ المرضية التي نبعت منه وليمرّ إلى جانب رسالة الإستغاثة

القصوى المرموزة . . . فتنغلق الحلقة المفرغة . . . . إن لم تنتقل إلى أقصى درجات الاستلاب المرضي لتؤديّ إلى تدمير الذات في كيانها المادي . . .

أنماط العدوانية :

العدوانية باتجاه الآخر (الآخرية)

- العنف الحركي
- تدمير الأشياء والأفراد .
- السلوكية السلبية (الإمتناع عن العلاقة ، عن المساعدة . . .)
- العدوانية الرمزية : التهكم والسخرية ، الخرق التزوي للنظم والقواعد العلائقية .

ب - العدوانية الذاتية

- الانحراف العلائقي (الإنطواء ، التشرّد . . . .)
- الإنتحار وتدمير الذات (كالإدمان . . .)
- تشويه الذات
- العدوانية الذاتية الرمزية :
- أنماط الفشل (المهني ، المدرسي ، العلائقي)
- الحوادث التي تعود إلى دوافع عدوانية ذاتية لا شعورية وليس لنا ، من موقع طبي نفسي أن ننظر إلى السلوك العدواني ضمن أفق مرضي إلا عندما يتمفصل هذا السلوك مع إضطرابات نفسية ينتقل المريض في سياقها من هيكل توازن هشّ يكبح نزعة ، أو دافعا ، كامنين في الشعور أو اللاشعور ، إلى إختلال التوازن وتبلور موقف أو نزوة عدوانيةَ عنيفة أو مضادة للمجتمع تدخل غالبا في الحيّز الطبي . الشرعي أو الجزائي أو تنحرف عن سياق سوائي مفترض للشخص .

١ - السلوكيات العدائية المباشرة : العنف ، نوبات الغضب ، المعارضة ،

يعتبر السلوك العدواني لدى الطفل في حدود السواء حيث يشكّل في تلك المرحلة عنصر تثبيت للذات وتحديد لها كمنبع للإرادة والرغبات . أما بعد ذلك فيشير إلى

إضطراب إنفعالي أو إلى عجز عن تثبيت الذات أو إلى هيمنة نزعات لم تتمكّن من الإندماج في شخصية المريض يعود كلّ إلى عوز في المحيط الذي لم يتمكنّ من إقامة التّوازن التربوي الملائم بين الإثابة والحرمان ، ولم يقدّم عناصر تماهي ، متكاملة ومنسجمة ، تشكّل قاعدة ثابتة وآمنة يبني عليها الطفل نموّهُ وكيانه النفسي الأساسي .

يمثّل العوز العاطفي الباكر والإضطرابات الحواسية (إضطرابات اللغة والنطق ، الصمم لأنها تمنع من التوجّه نحو وسائل تعبير أخرى) والتماهي مع والدين عنيفين بعض العناصر الهامة في النزوع نحو العنف تشاهد هذه النوبات من العنف والغضب لدى بعض العصابيين والشخصيات المرضية والسيكوباتية والحالات الحدودية .

٢ ـ السرقة المرضية

تشاهد السرقة المرضية لدى الأطفال في ظروف عوز عاطفي أو إنفصام أسروي حيث ينزع الطفل ، لا شعوريا ، إلى تعويض الحرمان العاطفي بأمتلاك الشيء المسروق .

يبدأ الطفل بالسرقة في منزله ثم في المدرسة وعند الأقرباء والجيران ثمّ في أي مكان . وكثيرا ما تأخذ هذه السرقات شكلا قسريا حيث تتكرّر رغم العقوبات القاسية التي يتعرّض لها الطفل ، ورغم مقاومته لهذه النزوة . لذلك يمكن أن نسميّها السرقة القسرية أو هوس السرقة حيث تترافق بتوتّر وقلق شديدين .

أحيانا أخرى يكون الشعور بالذنب لا شعوريا ويُبدي الطفل ، إثر عمله ، سلوكا يؤدّي إلى إكتشاف السرقة ومعاقبته ويسمى هذا النوع من السرقات : السرقة ذاتية العقاب .

قد تشير السرقات إلى آليات عصابية كما قد تكون عرضا يدلّ على نمو شخصية مرضية أو سيكوباتية .

أما لدى الكهول فتشاهد السرقات القسرية في العصاب الوسواسي ـ القسري والسرقات الوهلية (مع فقدان الذاكرة الفجوي) لدى الصرعيين . كما يؤدّي إضطراب مفهوم الملكية لدى بعض الفصاميين والعتهيين إلى عمليات سرقة . . أما

المدمنون فيسرقون لإشباع إدمانهم .

٣ ـ التشرّد والهروب :

يتمثّل التشرّد في مغادرة المنزل أو مكان العمل بشكل مفاجيء دون سابق اعداد ، خضوعا لدافع إنفعالي أو غامض ودون هدف محدّد . ويكون غالبا محدودا زمنيا .

يشاهد التشرّد لدى الأطفال غالبا عند إضطراب المناخ الأسروي وتفكّك العلاقات بين الأهل والعوز العاطفي وتعرّض الطفل لنزوات عنف من والدين سيكوباتيين ويمثّل هذا السّبب ٦٠٪ من الحالات إضافة إلى كلّ عوامل إطمئنان العاطفي الأخرى لدى الطفل .

تشاهد حالات هروب من المدرسة تعود أحيانا إلى نمو شخصية سيكوبانية ، إلا أنهاغالباً ما تكون دلالة على حالة رهابية تحدث لدى الطفل حصرا وقلقا من المدرسة يدفعانه للهروب أو إبداء اضطرابات جسمية تعود إلى الصراع العصابي الباطن .

أما التشرّد اللاّواعي فيشاهد لدى الطفل والكهل في حالات نفاسية وصرعية بينما يتشرّد الهذياني هروبا من التهديدات الوهمية التي توحي بها له هذياناته .

٤ ـ الإنحرافات الجنسية ـ الأخلاقية

تتأتّى غالبا من حالات مرضية نفسية واضطرابات عصابية أو سيكوباتية ، يعاقب القانون على معظمها ، وترتبط العقوبة غالبا بتحديد درجة المسؤولية العقلية للقائم بالفعل .

ـ الإغتصاب

لا تعود كلّ جرائم الإغتصاب إلى عوامل مرضية نفسية حيث كثيرا ما يلعب فيها العامل الإقتصادي ـ الإجتماعي دوره الإساسي .

أما الإغتصاب المرضي فيعود إلى آليات نفسية مرضية مختلفة فهو قد ينبع من

إنحراف جنسي سادي أو من السيكوباتيا وفي بعض الحالات الحدودية والنفاسية .

وقد يتداخل العاملان الإجتماعي والنفسي في دوافع الإغتصاب اذ يؤدّي الحرمان المادّي والعاطفي والجنسي في ظروف إجتماعية قاسية بأشخاص محدودي القدرات الذهنية أو شديدي اللجم إلى إرتكاب الاغتصاب بنزوة تتمّ إثر تناول الكحول أو من دونه .

وقد يعود الإغتصاب إلى إصابة الفص الجبهي أو إلى خلل وراثي بوجود كروموزوم «Y» إضافي .

ب ـ كشف العورة (الإستعراء)

حيث يقوم الفرد بكشف أعضائه الجنسية في مكان عام بهدف ممارسة الإستمناء أو الحصول على متعة جنسية ويعاقب القانون على هذا العمل ، كمسّ بالآداب العامة ، حسب درجة المسؤولية العقلية التي تقرّرها الخبرة الطبية الشرعية .

من أشكال الإستعراء

ـ الإستعراء القسري : حيث يشعر المريض بدافع لا يقاوم للتعرّي في مكان عام ، ترتفع فيه درجة الحصر والتوتّر وينتهي بنشوة جنسية آلية . يتكرّر ذلك غالبا في نفس المكان والموعد .

ـ قد يقترن الإستعراء باضطرابات عصابية رهابية وسواسية تدفع فيها مشاعر الذنب الشديدة ، المريض ، إلى « السعي » وراء « العقاب » .

ـ الإستعراء الإنحرافي :

حيث يخلو المريض من مشاعر الذنب ولا يتاح له الحصول على متعة جنسية إلا بهذا الأسلوب .

يحدث الإستعراء أيضا في اضطرابات عقلية وعصبية ، لا يدرك فيها المريض حقيقة فعله كالتخلّف العقلي والعته الشللي (السيفيليسي) والصرع والعته الشيخي ، والإدمان الكحولي الشديد والفصام .

ج - الرؤية الشهوانية

حيث يسعى المريض إلى مراقبة الآخرين ، في تعرّيهم ونشاطهـم الجنسي ، مستعملا كل الحيل والأساليب لذلك . فلا يحصل على المتعة الجنسية إلا من خلال هذه الوسيلة وبممارسة الإستمناء ، بينما ينفر من ممارسة العمل الجنسي الطبيعي أو يعجز عنه وفي حالات أكثر ندرة يسعى المريض إلى المتعة بمراقبة مشاهد غير جنسية كمشاهد العنف والضرب والتبرّز . . .

إلا أن هذا الميل إلى المراقبة الجنسية يظلّ في حدود السّواء لدى المراهقين الذين لا يمارسون نشاطا جنسيا عاديا . . .

● الإنتحار ، محاولات الانتحار وعدائلهما .

يشاهد الانتحار في علم النفس المرضيّ لدى الطفل والمراهق والكهل

الإنتحار لدى الأطفال والمراهقين .

كثيرا ما يتمّ التقليل من أهمية السلوك الإنتحاري لدى الأطفال الذين يعانون من محيط مرضي . ودوافع هذه النزعة متعددةً منها :

- الهروب من موقف يعيشه الطفل ويفوق طاقة تحمّله .

- الشعور بالعزلة والفشل في « الحصول على العطف والعناية حيث يشكلّ الإنتحار آخر نداء يطلقه الطفل إلى محيطه الذي أهمله .

- فقدان شخص حيوي في حياة الطفل (كأمّه) يؤدي إلى حدوث همود إرتكاسي .

أما محيط الحالات الإنتحارية الطفل ، فيتسّم عادة بالعنف والتفككّ الأسروي وبعوز عاطفي شديد .

أما لدى المراهقين فإن نسبة الإنتحار عالية إذ أوردت إحدى الإحصائيات الغربية أن الإنتحار يمثّل حوالي ١٠٪ من أسباب الوفيات بين ١٥و٢٤ سنة وحتى إن إختلفت النسبة لدى المجتمع العربي فإننا نعتقد أن الإنتحار يظلّ أكثر حدوثا هنا ، منه في الأعمار الأخرى .

تعود دوافع إنتحار المراهقين إضافة إلى ما نشاهده لدى الطفل إلىٰ تعارض شديد بين المراهـق ومحيطـه لا تتحمّلـه هشاشـة شخصيتـه أو بنيتهـا المرضية وإلىٰ صدمات عاطفية وإلىٰ ما يعزوه بعض المؤلفين من نزعة مثالية مطلقة تسم شخصية المراهق وتدفعه الى تحدّي القدر والعالم كرهـان مطلـق يستهـدف تثبيت «خلـوده وقدراته» وكأنه يعتقد أن الموت لا يمكن أن يطاله . لذلك يدخل التطوّر الفصامي في سببية نسبة عالية من إنتحارات المراهقين : ١٥٪ تضاف إلىٰ ذلك الحالات المرضية الهمودية والهذيانية الزورانية والنزوية . . .

لاحظ الباحثون دور سمات عامّة للمراهقة في هذه الآلية كالنزعـة الهمـودية وسهولة العبور إلىٰ الفعل ، والإنفعالية ، والمـوقف من الموت .

يضاف إليها (في الحالات المرضية) إضطراب بالتماهيات الأنوية وبتبلور المثال الأنوي ويعود ذلك غالبا إلىٰ إمّحاء الأب أو غيابه المبكّر .

ب ـ الإنتحار لدىٰ الكهول .

الإنتحار ظاهرة إجتماعية ، كما أنه يمثّل أهم سبب للوفاة في الأمراض النفسية (في المجتمعات الغربية ، بينما يعود أهم أسباب وفاة المرضى النفسيين في المستشفيات في مجتمعنا ، إلىٰ إهمال الصحة العضوية الذي يؤدّي إلىٰ إستشراء الإنتانات والآفات الأخرىٰ) . . . لقد سُجّلت في فرنسا بين ٦٨ ـ ٧٢(٣٩٠٦٢٥)حالةوفاة إنتحارية . ويمثّل الإنتحار ٢٪ من مجمل الوفيات السنوية . ونسبته أعلىٰ لدىٰ الذكور منه لدىٰ الإناث (٢,٥ إلىٰ ١) .

تزداد نسبة الإنتحـار لدىٰ المتقدّمـين بالسـن والإشخـاص الـوحيدين (غـير المتزوجين) وفي الأوساط الريفية الفقيرة . . .

من العوامل المرضية النفسية التي ترتفع فيها نسبة الإنتحار :

١ ـ الحالات الهمودية حيث يقصد المريض بانتحاره معاقبة ذاته والتكفير عن ذنوبه وتخليص الآخرين من آثامه ، لذلك كثيرا ما يختار أساليب عنيفة للإنتحار .

٢ ـ الفصام : يمثّل الإنتحار عملا متوقّعا في الفصام (٤٪ من الإنتحارات المرضية النفسية) . ويلجأ الفصامي إلىٰ الإنتحـار في سياق تطوّر مرضي خفي

وبطيء ، أو في نوبات عدوانية ذاتية مفاجئة . كذلك في الحالات الممسودية التي تعقب إختلال المعاوضة الهذيانية ، وعندما يعجز الفصامي عن التكيف مع محيطه الأسروي والإجتماعي . ممّا يستدعي متابعة الفصامي بعلاج إجتماعي ونفسي داعم ، إضافة للمعالجة الدوائية ، إثر خروجه من المستشفى .

٣ ـ **إضطرابات الشخصية** : تمثّل السيكوباتيا وعصابات الطبع المتميّزة بضعف الشخصية والتثبيت العاطفي العميق ، أهم الإضطرابات المرضية المؤدية إلى الإنتحار فتصل نسبتها إلى ٤٠٪ من الحالات .

٤ ـ يشاهد الإنتحار أيضاً لدى الكحوليين ومدمني المخدّرات وبنسبة أندر في النفاسات العضوية والخبل الذهني والصرع .

٦ ـ الإعتداء والقتل :

غالبا ما لا يدخل الإعتداء والقتل تحت طائلة التقييم النفسي الطبي لإرتباطهما بعوامل إجتماعية عامة . إلا أنه يمكن مقاربتهما مقاربة عرضية عندما لا يدخلان في حيّز بنيان مرضي نفسي محدّد .

أ ـ الاعتداء :

وهو كلّ الأعمال التي تستهدف إلحاق الضرر بالآخرين وقد تنتهي بالموت وإن لم يكن القتل مقصودا .

تشاهد أعمال الإعتداء خصوصا لدى أفراد ذوي طبع عدواني مستديم ، لا يملكون قدرة كافية على تطوير العلاقات الإجتماعية . وغالبا ما يكون محيطهم العائلي متّسما بالتفكّك والعنف والإنحراف .

أما النمط العدواني الآخر فهو فرد شديد الإحباط والحرمان يكبح غليانه العدائي في ذاته إلى أن يؤهبه حدث معين أو تناول مواد مثيرة ، للإنفجار العنيف .

فالمثيرات ، وخصوصا منها الكحول غالبا ما تدفع هذه الشخصيات للعبور إلى الفعل . ويزداد مفعولها عندما تتعاضد مع تناول أدوية مثل الباربيتورات

والبنزودياز بين والفينيسكلين .

كما وصفت حالة تسمى بتناذر العنف النوبي ، تتظاهر باعتداء عنيف على الزوجة أو الأطفال والإفراط بالمهيّجات والإعتداءات الجنسية ورغم ملاحظة بعض الشذوذات في تخطيط الدماغ الكهربائي لدى هؤلاء الأشخاص ، لم يتم بعد التأكد من سببية الإضطراب ، وربما يعتبر من عدائل الصرع .

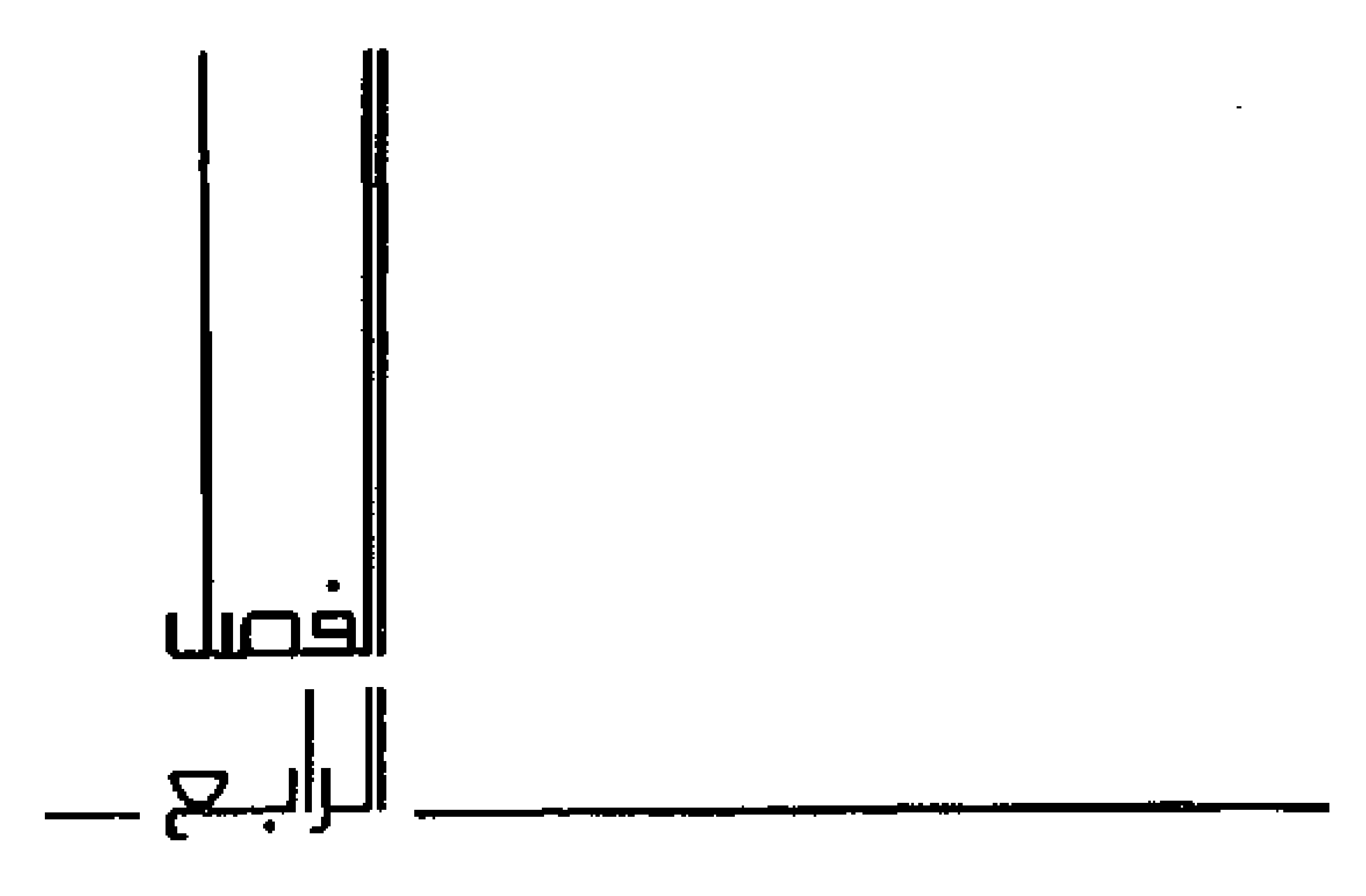
يشاهد الإعتداء أيضا في الفصام والإضطرابات العقلية العضوية المنشأ

ب ـ القتل :

يعمد المريض النفسي إلى القتل قصدا في سياق هذياناته خصوصا في الحالات الزورية كهذيان الغيرة . . كما قد يكون القتل الفجائي دون دافع ظاهر ، العرض الأول لدى الفصامي ويستهدف غالبا أحد أفراد الأسرة . بينما يمارس الإكتئابي القتل الغيري بشكل إنتحار جماعي يستهدف تخليص نفسه وإقربائه من آلام وعذابات العالم التي تبتكرها هذياناته ، فقد يعمد إلى قتل أطفاله أو أقربائه . . .

يشاهد القتل أيضا في حالات هذيانية حادة وفي النفاس النفاسي (ما بعد الوضع) .

أما جرائم القتل السادي في الإنحرافات الجنسية فهي نادرة المشاهدة .



الشخصيات المرضية

تُعرّف الشخصية المرضية كلاسيكيا بأنها شخصية ينحرف مظهرها عن النموذج المتوسّط السائد وتحدث مواقفها وسلوكياتها إزعاجا وألما وإساءة للفرد ذاته أو لمحيطه .

تحدّد الشخصية عادة بانتظام دينامكي للعناصر العقلية والانفعالية والإرادية والفيزيولوجية والمورفولوجية لدى الفرد ، ويأخذ هذا الإنتظام شكلا مستقيماً ، أو نهائيا عند إكتمال النمو . وكلّ تصدّع في هذه البنية ، يتمّ عبر الرضوض النفسية أو الحرمان أو الصراعات حسب خطوط الضعف ، في هذه الشخصية ، والتي ترجع إلى تثبيت أو خلل في النمو البيونفسي .

أما الطبع فيعني مجموع السمات المتأصلة لدى فرد معينّ والتي تتجلّ بنمط

سلوكي معهود تجاه كلّ نوع من المواقف ، فهو التظاهر العلائقي السلوكي للبنية الأساسية للشخصية .

بينما يبرز المزاج العناصر البيولوجية في الشخصية .

معايير السواء النفسي وحدوده :

كان تحديد السواء النفسي يعتمد على قياسات إحصائية لمطابقته للصفات النفسية التي تتجلّى لدى غالبية الأفراد ، كما ربط بمفهوم نموذج مثالي إجتماعي . إلا أن ذلك يعني إخضاع التقييم النفسي للفرد إلى معايير أخلاقية ومؤسّساتية ثابتة بينما تعتبر كلّ لا إمتثالية وتوجّه نحو التغيير والتطوّر القيمي ، شذوذا وانحرافاً .

لذلك يفضّل حاليا الإعتماد على المعيار الوظيفي الذي يقيس السواء بدرجة التوازن الداخلي الديناميكي للفرد ، بما يعطيه مجالا للإنسجام مع ذاته ومع سلوكياته بما لا يسبّب معاناة له أو لمحيطه . . .

تتظاهر الشخصيات المرضية أساسا بسمات مرضية في الطبع وباضطرابات إنفعالية وإرادية . بينما لا تتأثّر القدرات العقلية . تشاهد هذه السمات في خصوصيات الشخصية وبأنماط سلوك تمثّل جزءا متأهّلا من الشخصية وبأسلوب حياتي خاص مستمرّ ومديد ولذلك تختلف الشخصية المرضية عن التناذر المرضي بغياب الأعراض الظرفية والتي تضاف إلى الشخصية . فالشخصية المرضية تتميّز بنمو غير متوازن للسمات العامة للفرد خلال المراحل الأولى لتشكّل الشخصية فيحدث لا توافق بين هذه السمات التي يبرز بعضها بإفراط بينما يكون البعض الآخر متقلّصا بشدّة مما يُسيء إلى تكيّف الفرد مع محيطه .

يمكن التوجّه في تشخيص الشخصيات المرضية بالمعايير الثلاثة التالية :

١ ـ يكون تظاهر الخصائص المرضية للطبع شديدا لدرجة أنه يعيق تكيّف الفرد مع محيطه ويجعل علاقاته بالآخرين مضطربة .

٢ ـ تكون الخصائص المرضية شاملة للشخصية ، حيث لا ينال الإضطراب بعض السمات فحسب بل يشمل الطبع والبنية الذهنية ـ النفسية .

٣ ـ تكون السمات المرضية في الشخصية مستمرّة ومستقرّة يصعب تحويرها ولا يمكن ذلك إلا بقدر محدود .

١ ـ الشخصية الهستريائية :

تشاهد هذه الشخصية غالبا لدىٰ النساء وتتميّز بعدد من السمات أهمها :

● حبّ التظاهر وجلب الإنتباه . فيقوم الهستريائي بحركات مسرحية وسلوكيات مصطنعة ومتكلّفة ورعناء . كما يلجأ إلىٰ اقاصيص يبتعد فيها عن الواقع ويكسيها صبغة تراجيدية أو مثالية بتزييف الحقيقة والكذب وإختلاق الخرافات وتلك سمة أخرىٰ للهستريائي .

● تكون مشاعر الهستريائي مزيّفة ومبالغا فيها ، فهو يتجنّب العواطف العميقة والعلاقات الصميمة كما أنه يتميّز بالأنوية والتكبّر .

● وهو يعطي للعلاقات الإجتماعية طابعا شهوانيا ، ويتسّم سلوكه بمحاولة ممارسة جاذبية على الآخرين .

● رغم أنه يخفي في عمقه خوفا من الجنس وبرودا جنسيا وتهرّبا من النشاط الجنسي .

● الشخصية الهستريائية ضعيفة مرتبطة قابلة للايحاء وتسعى للحصول على العطف والحب واحتكارهما .

● يسيطر الضعف الإنفعالي على الهستريائي وفرط العاطفية والنزق فهو لا يتحمّل الحرمان ويخضع لنزواته كما يفرغ إنفعالاته بشكل إستعراضي (نوبات غضب أو بكاء . . .)

لا يملك الهستريائي قدرة كبيرة على السيطرة على ذاته أو على الإستبطان والنقد الذاتي ، فهو ضعيف الإستبصار ، ويميل إلىٰ الإسقاط العضوي لإشكالاته ، فيكثر من اللجوء إلىٰ الأطباء والشكوى من مختلف الأعراض الجسمية . . . كما قد تبرز نزعة همودية بمواجهة حالات الحرمان والإهمال وقد تأخذ شكل مساومات عاطفية (محاولات الإنتحار المزّيفة) إلا أن الحالة الهمودية قد تصبح أكثر شدّة وإمتدادا مع العمر مؤدية إلىٰ حالة مراقبة دائمة ومُعطّلة .

يميّز شكلان للشخصية الهستريائية :

أ ـ الشكل التظاهري المتجليّ بسلوك مسرحي وزيف المشاعر والنزوع إلى التصنّع وصبغ العلاقات الإجتماعية بالشهوانية .

ب ـ الشكل السلبي المرتبط : حيث يطلب الهستريائي العطف والحب ويتصفّ بالضعف الإنفعالي والتجنّب وبالسمات الرهابية واللا نضّج ونوع من الطفولية .

تعبّر الشخصية الهستريائية عن العجز عن تحقيق حلّ سوي للأزمة الصراعية الجنسية ، حيث يتمّ كبت النزّعات العدائية والجنسية ويساهم التثبيت الضمي في عرقلة إنحلال الأزمة الأوديبية ويفسرّ ذلك الثنائية السريرية للسمات المرضية (حب التظاهر والإرتباط العاطفي) . . . ويظلّ الهستريائي بحاجة مستمرّة إلى محيط أمومي يلبي رغباته ونزواته الطفلية ويحميه من الحرمان والشعور بالضعف .

2 ـ الشخصية الوسواسية (الطبع الشرجي)

يمكن تمييز هذا الطبع بسهولة : ويتجلىّ بحرص مستمرّ على النظّام والنظافة ، ودقّة ومثالية . حيث يكون الفرد الوسواسي أخلاقيا دقيقا في مواعيده ، منفّذا لالتزاماته وواجباته بحذافيرها .

ويشاهد لديه حس إقتصادي مفرط قد يصل حتى البخل والتقتير ويصعب عليه العطاء ومشاطرة الأخرين في حين تشتدّ لديه نزعة الإمتلاك والتخزين .

يكون الوسواسي أيضا عنيدا مثابرا لا يأبه لأراء الأخرين وكثيرا ما يكون متسلّطا سلطويا . . ومهذّبا ، عدائيا دون انفعال ينقد الآخرين ويعمل على السيطرة بشكل عقلاني .

يبحث الوسواسي عن الدقّة في التعبير حتى الإبتذال ، ويكون بارد المزاج لا يتأثر بالعواطف . يميل إلى العقلنة ، لا يبدى إنفعالاته العميقة . يحسب ويرسم مخططّات سلوكه ، فلا يسلم ذاته إلى العفوية والصدفة ويحاسب نفسه والآخرين بصرامة . .

تتمتّع هذه الشخصية بدفاعات نفسية فعّالة بآلية العزل حيث تفصل

الذكريات والتمثلات والأحاسيس عن بعضها لتجنّب ظهور القلق والأزمات النفسية فلا تتحوّل إلاّ نادرا إلى عصاب وسواسي . بينا كثيرا ما تحدث أزمات همودية بتقدّم العمر .

تعكس السّات الوسواسية كيفية الصيرورة اللاّشعورية للشهوية الشرجية والعدائية ـ السادية للمرحلة السادية ـ الشرجية . حيث تنشأ تشكّلات إرتكاسية (أي نشوء أنماط سلوكية ـ نفسية تتضادّ مع الرغبات المكبوتة كارتكاس تجاهها) فالنظافة المفرطة والتهذيب الشديد تشكّلات إرتكاسية ضد حبّ الأوساخ وضد العدائية المكبوتة . في حين تنتقل بعض النزعات أو تتصعّد فالإهتمام بالمال وبالتخزين مثلا يعوّض إهتمام الطفل ببرازه . .

3 ـ الشخصية الواهنة نفسيا

تتميّز هذه الشخصية بشعور بالنقص ومحاسبة النفس المستمرة والإجترار الذهني والشكوك وحدّة الضمير ومشاعر الذنب وانخفاض بالطاقة النفسية وشعور مزمن بالتّعب والإرهاق خصوصا عند الصباح وتخفّ خلال اليوم .

يكون الواهن النفسي قلقا متردّدا ، ترهقه الأنشطة العملية ويصعب عليه التركيز الذهني وآستجماع ملكاته العقلية . يميل إلى الدقّة والأخلاقية والمثالية ويسهل عليه الهروب من واقعه إلى الإستيهامات والخيال والتصورات والحسابات والمخططات الذهنية ، كما يكون زائد الإنفعالية مفرط الحساسية .

إن الإستبطان القلق للواهن النفسي كثيرا ما يقوده إلى مخاوف مراقيه (الخوف من المرض). كما قد يتطور لديه عصاب وسواسي ، أو حالات همودية تنجم عن إنهيار التعويض النفسي الذي تحدثه فرط حساسية الواهن النفسي للصدمات والازمات النفسية والجسيمة (المرض ، الفشل ، تحمّل مسؤوليات جديدة الخ . . .)

4 ـ الشخصية الرهابية (والهروبية)

تتّسم بلجم سلوكي قوي يتظاهر بالخجل والإمّحاء والسلبية ، وموقف هروبي

يبدو بانطواء اجتماعي والخوف من اللاّقبول . فلا يقوم الرهابي ببناء علائق شخصية إلا عند الإطمئنان إلى أنه لن يرفض . كما يكون مفرط الإنفعالية والحساسية فيحتاج باستمرار إلى أمن عاطفي ويتوحّد كلّ نقد قد يوجّه إليه كما تثير لديه كل الحوافز العاطفية والغريزية قلقا وخوفا وإنسحاباً .

وأحيانا تحدث سلوكيات مضادّة للرّهاب كهروب للأمام ، بفعل آليات ما فوق التعويض والنقل حيث يقبل الرهابي على موافق جريئة في ميادين حسّاسة بالنسبة له ، إلاّ أن هذه المواقف تكون سطحية ولا تتعلّق بالمضمون العلائقي أو أن الرهابي يضطّر للإنسحاب عندما يضطر فعلا لمواجهة إندماجه في الموقف .

يقارب بعضهم بين البنية الواهنة نفسيا والبنية الرهابية . كما يلاحظ أحياناً وجود تشارك بين السّمات الهسترياثية والسلوكيات الرهابية فتطلق إذاك تسمية «الطبع الهسترياثي - الرهابي» .

5 - الشخصية الحدودية

هي شخصية ترتبط بالحالات الحدودية وهي حالات مرضية لا يمكن وضعها ضمن التصنيفات المرضية الرئيسية (العصابات ، النفاسات ، الانحرافات ، وشذوذات الطبع) ولا يزال الجدل قائما حول تحديد هذه الشخصية التي تجمع السمات التالية :

- صعوبات في الضبط الإنفعالي :
- أزمات حصر وقلق كثيرة الحدوث .
- إضطرابات ولا إستقرار في العلاقات الشخصية
- إضطرابات وتقلبات مزاجية .
- يصعب على الشخصية الحدودية تحمل الوحدة والعزلة وتكون مرتبطة عاطفيا .
- يوجد لدى الحدودي إحساس بالفراغ الداخلي وآضطرابات بالهوية الجسدية والجنسية .
- كثيرا ما تشاهد محاولات إنتحار ومحاولات تشويه ذاتي .

6 ـ الشخصية النرجسية

تتمركز إهتمامات النرجسي على قضاياه وإشكالاته الشخصية يحفزه في ذلك إحساس مفرط بأهميته الشخصية ، قليل الفاعلية والعملية يميل إلى أحلام يقظة يتعلق محتواها بإستيهامات القوّة المطلقة والنجاح والحب المثالي والسيطرة على الآخرين . يطلب النرجسي الإهتمام والإعجاب من الآخرين بينما لا يبالي إطلاقا بتفهّم أفراد محيطه وينزع إلى استثمارهم ويجد أن كلّ الإمتيازات التي يحصل عليها من حقّه فلا يشعر أنه مدين بشيء أو يتوجّب عليه خدمة الآخرين . وهو يواجه النقد إما بلا مبالاة مطلقة وإما بإحساس بالإمتهان والحقد .

7 ـ الشخصية المنحرفة

لا يجد مفهوم الشخصية المنحرفة القبول لدى جميع المؤلفين . وهو يشير طبقا لنظرية التحليل النفسية إلى أفراد يستمدّون المتعة من القيام بشكل خفي بأنشطة تجلب الضرر والألم للآخرين دون أن يبدو عليهم ذلك من ناحية سلوكهم الإجتماعي الظاهر .

كما يشير مفهوم الإنحراف أحيانا إلى إضطرابات في السلوكيات الجنسية .

8 ـ الشخصية السيكوسوماتية (النفسجسمية)

مفهوم حديث يتأتّى من مدرسة الطب السيكوسوماتي ولا يزال موضعا للجدل . تتّسم هذه الشخصية بفقر الحياة الخيالية والمجال الإستيهامي وبشخصية «عملياتية» مرتبطة بالواقع ، متجرّدة من كلّ سياق أولي (لاشعوري)ودون أحلام وتخيّلات ويتم التعبير النفسي المرضي في هذه الشخصية عبر الاضطرابات الجسدية الوظيفية .

9 ـ الشخصية السيكوباتية (أو المضادة للمجتمع)

يصعب لدى هذه الشخصية التكيّف مع المجتمع ونظمه وقوانينه . وتكون

قصة الحياة متسّمة باللاّإستقرار وصعوبة التكيّف والنزوات . فمنذ الطفولة تظهر إضطرابات سلوكية ، وتعاقُبٌ بين السلبية والهياج . فيكون النشاط المدرسي مضطربا مع حالات عنف ونوبات غضب عصبية وحالات هروب من المدرسة وحتى من البيت وتزداد الإضطرابات عند المراهقة بسلوك عدائي وصراعي تجاه الأهل والمدرّسين وكلّ من يمثّل السلطة . وتعرقل الدراسة واللجوء إلى الكذب والسرقة والعنف ومعاشرة المنحرفين والجانحين ، وأحيانا محاولات الإنتحار واللجوء إلى الإدمان والشذوذ الجنسي . أما عند الكهولة فيظلّ الإضطراب قائما يعرقل الإندماج الإجتماعي . المهني ويمنع الإستقرار . كذلك تسيطر الأنوية واللاّإستقرار العاطفي فيكثر الإنفعال والطلاق وإهمال الأسرة والعلاقات المتهوّرة العابرة والهروب من المسؤوليات والواجبات .

يخضع السيكوباتي لنزواته ويميل للأفعال المتهوّرة فلا يمكنه التخطيط لمستقبل بعيد ولا الإستفادة من تجاربه وإحباطاته السابقة أو حتى العقوبات التي يتعرض لها .

ورغم ما يظهره السيكوباتي من قسوة أو لاحساسية بادية فإنه تخفي إضطرابا مزاجيا وشعورا عميقاً بالضجر يعمل على معالجته بالتنقل المستمر أو اللجوء إلى الإدمان أو الإقبال على الإثارة والأعمال الطائشة . فيتغذّى السيكوباتي بالأوهام والخيالات هاربا من الواقع حتّى يصل إلى بنيان خرافي يتسلّل أحيانا إلى كامل سلوكه ويخلط بين الواقع والحقيقة بهدف إرضاء نرجسيته ونزواته ، كأن ينسب لنفسه هوية مخالفة للحقيقة يتقمّصها حتى درجة مخادعة نفسه ويستثمرها في مشاريعه وآحتيالاته . ويكون السيكوباتي لا أخلاقيا أكثر منه منحرفا . إلا أن حالات إنحراف جنسي تشاهد لدى بعض السيكوباتيين .

10 ـ الشخصية القلقة

يتّسم بحالة مستمرة من التوتّر القلق ، مع ضعف إنفعالي وإستثارة وفرط إرتكاس للمثيرات الخارجية . يكون النوم مضطربا سطحيا . والتوجّس دائما توقّعا للأخطار والمفاجآت بينما يدفع إنعدام الإطمئنان إلى البحث دائما عن التواجد ضمن محيط يشعّ الحماية والثقة .

وتشكّل هذه الشخصية قاعدة مؤهّبة لعصابات القلق والعصابات الرهابية .

11 ـ الشخصية الزورية .

تجمع الشخصية الزورية الصفات التالية :

ـ تكون مفرطة في تقييم الذات متكبّرة ، ذات كبرياء وتعاظم تحتقر الآخرين . فلا يعترف الزوري بأخطائه ويكون عنيدا ، لا يتراجع في أحكامه وتقييماته مهما بدت بعيدة عن الحقيقة ويبدي أحيانا تواضعا مصطنعا واهتماما يقنّعان حبه لذاته وتمركزه عليها .

ـ يغيب لديه النقد الذاتي وتكون أحكامه خاطئة مع تصلّب وجمود نفسيين فيكون متسلّطا لا يتسامح ولا يترك مجالا للآخرين .

ينظر بريبة وشكوك إلى محيطه عمّا يصبغ علاقاته ويميل إلى نزعة تأويلية لما يحدث حوله حسب منظوماته الذهنية الباطنة . فيصعب إندماجه الإجتماعي وتنعكس عدائيته وغيرته وأنونيته وضبابيته النفسية على علاقاته وتؤدّي إلى أزمات مع محيطه الأسروي .

تقسم الشخصية الزورية إلى أنماط ثلاثة :

● النمط المقاتل : تؤدي الريبة والشكوك إلى تأويل مفرط للضغوط الخارجية ممّا يفتح سلسلة من المطالبات والعدائية والإجراءات والشكاوى والملاحقات .

● النمط المتمنّي : حيث ينطوي الزوري على ذاته ويصبح حالما مثاليا . يبني سعادة العالم حسب منظومة نظرية شبه منطقية . .

ـ النمط الحسّاس : يعتبر مشتركاً مع الشخصية الواهنة نفسيا ، يتّصف هذا النمط بفرط الإنفعالية والحساسية والدقّة والخيبة والعذاب الداخلي . بينما تتوارى الكبرياء والريبة خلف هذه السمات .

يشاهد هنا الوهن والعجز عن التعبير عن المشاعر العميقة وميل إلى الإنطواء وممارسة جدل باطن طويل .

يتعرّض الأشخاص من هذا النوع للهمود والمراق ويمكنهم بناء هذيان

علائقي نتيجة لمواقف راضّة .

تظلّ الشخصية الزورية مستقرّة عادة من سماتها ويكون التعويض النفسي فعالاً لديها إلا أن تظاهرات مرضية نفسية قد تتجلّ في حقب من الحياة مثل

ـ الشكاوي المراقية حيث تنال الريبة والشكوك من الطبيب الذي يتّهم بالإهمال وارتكاب الأخطاء ويتم ملاحقته ومطالبته مما يتطلّب حذرا على هذا المستوى من الطبيب المعالج .

ـ الإرتكاسات العاطفية عند حدوث حالات حرمان : كالغيرة المرضية

ـ الهذيان الزورية .

12 ـ الشخصية الفصامو ية

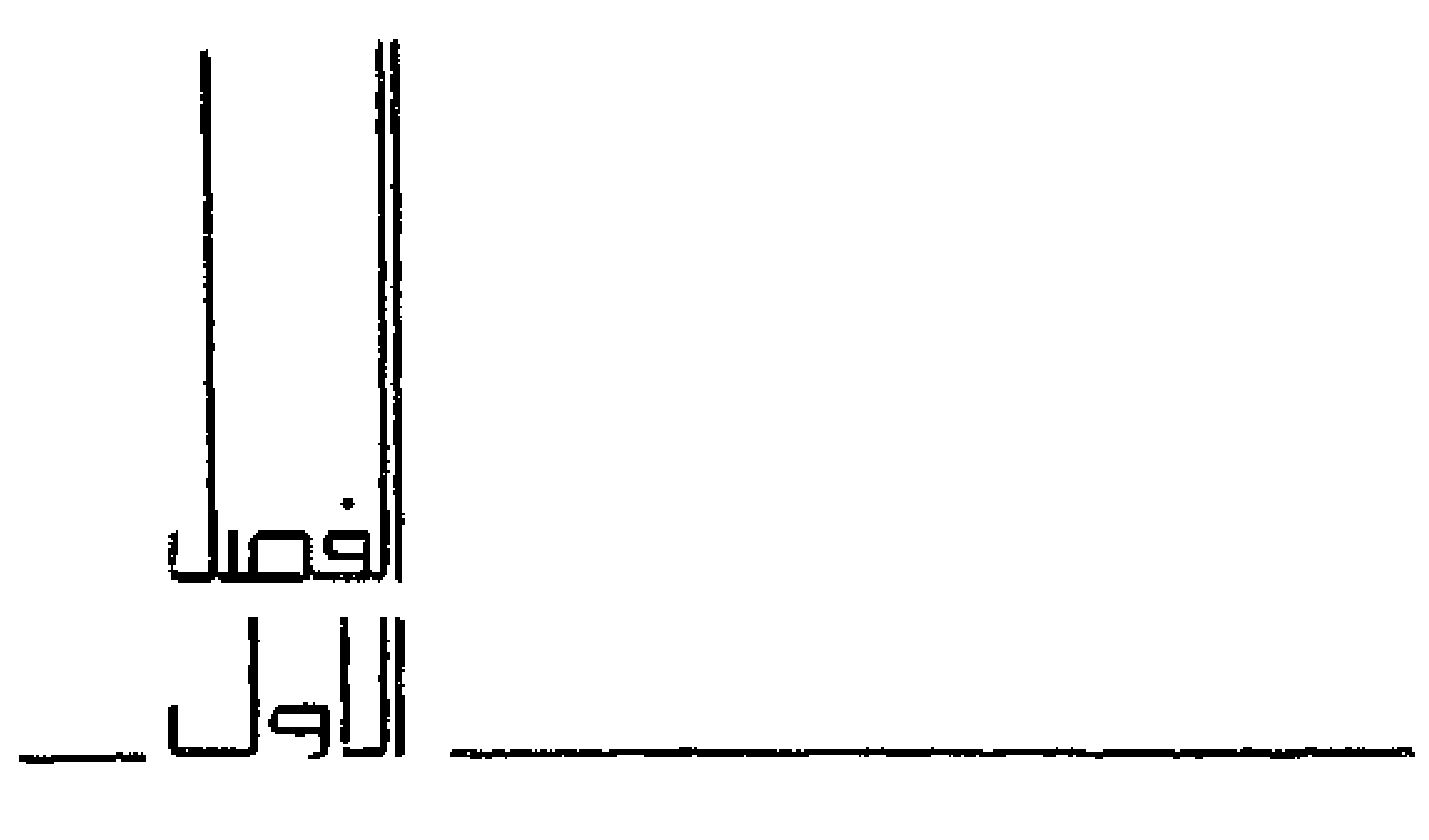
تتّسم هذه الشخصية بالانطواء على الذات والبرود الإنفعالي والعجز عن التعبير المباشر عن الأحاسيس والمشاعر وعن بناء العلاقات الحميمة . واللامبالاة تجاه العالم الخارجي والنزوع إلى العزلة والخيالات حيث يخفي البرود العاطفي حياة خيالية شديدة الثراء . يتسّم أسلوب التفكير والسلوك الإنفعالي بالغرابة فيتّجه إلى التجريد المفرط والشاذ وإلى المواضيع الروحية وتبدو أحياناً ارتكاسات إنفعالية غير متوقعة .

13 ـ الشخصيات الدورية

تقابل المزاج الدوري الهوسي الهمودي وتكون هذه الأنماط من الشخصية متفتّحةونشطة زائدة المرح والتفاؤل (الشخصية ما تحت الهوسية) أو تصطبغ بحركة دورية بين الهمود وما تحت الهوس إلا أن الشخصية الدورية تظل دائما منسجمة في ذاتها .

القسم الثاني

الأمراض والتناذرات النفسية



الفصل الأول

الأمراض العصابية

كان العصاب يعتبر مرضا عصبيا لا يمكن كشف التلّف أو الآفة العصبية فيه ، أمّا اليوم فإن المفهوم العام المتفق عليه يتمثّل في إعتبار العصاب مرضا نفسيا واضطرابا بالشخصية تلعب فيه العوامل النفسية دورا رئيسيا ، يتظاهر هذا المرض بأعراض ذاتية وموضوعية يحسّها المريض ويتفاعل معها دون أن تضطرب علاقته مع الواقع كما في النفاسات . أما الإضطرابات العلائقية والإجتماعية فتظّل عادة محدودة تمثّل إشكالات وجودية وتمسّ تلاؤم و المريض وقيمته الذاتية وطموحاته ممّا يدفعه كثيرا للجوء إلى العيادة الطبية حتى وإن كان لا يدرك المنشأ النفسي لأعراضه واضطراباته .

١ ـ مدخل تاريخي إلى مفهوم العصابات

تمثّل الهستيريا النموذج التاريخي للعصابات حيث وصفها ، منذ القديم

الطبيب اليوناني « هيبوقراط » وظلّ هذا الوصف ثابتا عبر التاريخ في خطوطه العامة فاعتبرت مرضا غريبا ينال النساء خصوصا ذو علاقة بالرحم (تشكّل الكتلة البطنية) ويتظاهر بعدّة أشكال إلا انه يتميّز دائما بالسلوك التمثيلي المصطنع . كما وصف إبن سينا (القرن العاشر م) حالات عصابية وهسترياية وعالجها بالإيحاء وتغيير الظروف الإجتماعية للمحيط (كالنضج بالزواج) . أما في القرون الوسطى الأوروبية حيث عمّت موجة من القمع الديني ضدّ المرأة (القرن الخامس عشر) فقد أحرقت عدّة مريضات بالهستريا بتهمة الشعوذة والسحر أو على أساس أنهن مسكونات بالشياطين (ونحن العرب عندما نصف تلك العصور بالظلام والإنحطاط ، وقد كانت كذلك فعلا ، لا يجب أن نتناسى أننا لا نزال نعيش ما يشابه تلك العصور في قطاعات واسعة من مجتمعنا حيث لا تزال الأمراض النفسية ومنها خصوصا الهستيريا تعزى إلى السحر والشياطين و« تعالج » بطقوس الشعوذة والتمائم والتعاويذ وباستخدام القيم الروحية المحرّفة للتضليل والتجهيل في ظلّ تآمر أوصمت بعض « الأوصياء » على هذه القيم) . . . وفي القرن السابع عشر ذكر « سيدنهام » أن الهستيريا يمكنها أن تتقمّص شكل كلّ أنواع الأمراض . وكانت تسمّى إذاك «الأبخرة» حيث كان يعتقد أنها تنشأ عن أبخرة غريزية تصعد إلى الدماغ وترفع حرارته . أما « بول بوم » فعزاها إلى تجففٍ بالدماغ وعالجها بحمامات مياه تدوم يوما كاملا . وفي القرن التاسع عشر إدعّى النمساوي « أنتون مسم » (ويعتبره البعض مشعوذا) إكتشافه للمغناطيسية الغريزية (أو الحيوانية) وأخذ يعالج المرضى بباريس بواسطة معادن ممغنطة (إلا أنه كان يعتمد في الحقيقة على الإيحاء) ، وفي 1880 وصف « شاركو » الفرنسي بمشفى السالبتريير « الصرع الهستريائي » واكتشف أنه يمكن إحداث النوبات بالإيحاء والتنويم الطبي فانتقل من إعتبارها مرضا عصبيا إلى تبيين أهمية العوامل النفسية فيها وكان من بين تلاميذه الطبيب الفرنسي «جانيه» الذي درس الهستريا بعمق ووصف في 1883 الوهن النفسي (شخصية وسواسية ـ قسرية واهنة مع دقة وفرط حسّ وضمير وأزمات ضياع شخصية . . .) وأوّل الحالات العصابية ؛ باستخراج مفاهيم القوة النفسية (وهي طاقة كامنة ومتحوّلة يمكن إستثمارها في النشاط النفسي) والتوتّر النفسي (وهو مستوى القدرة على إستخدام الطاقة النفسية طبقا لدرجة المتطلبات الوظيفية) . وهو

يعتبر العصابات ناشئة عن اضطراب بالوظائف النفسية الراقية (الإجتماعية ـ العلائقية خصوصا) بسبب خلل في مراحل نمو الشخصية . كما يعطي أهمية كبرى لما تحت الشعور في الديناميكية النفسية يعلّل الهستريا بضعف في القوة النفسية يحدّ من مجال الوعي ويسمح بتظاهر تأثير أفكار ثابتة كامنة في ما تحت الشعور ، أما الوهن النفسي فيراه هبوطاً في التوتّر النفسي لا يسمح باستثمار ملائم للطاقة النفسية التي تنحرف إلى تغذية القلق والوساوس والسلوكيات القسرية .

من بين تلاميذ شاركو أيضا الطبيب النمساوي «سيغموند فرويد» الذي واصل أبحاثه ، حول الهستريا بالإشتراك مع « بروير » في فيينا وانتقل عبرها إلى نظرية عامة للبنية والديناميكية النفسيتين إنطلق منها إلى تفسير آليات النشوء العصابي والمرضي النفسي وتصنيف العصابات والأمراض النفسية الأخرى ومعالجتها . وقد ترسّخ هذا البنيان النظري وتطوّر وأصبح قطاعا جوهريا وتاريخيا في الطب النفسي وعلم النفس المرضي . . . .

خلال ذلك أضاف الأمريكي « بيوت » في أواخر القرن التاسع عشر وصف تناذر عصابي آخر هو الوهن النفسي (صداع ، آلام قطنية ، إضطرابات هضمية وهن شامل ، قلق منتشر) .

أما تسمية العصاب Neurose فتعود إلى العالم الأستكلندي كولن وكانت تشمل كلّ الآفات الإختلاجية (الهستريا ، الكزاز ، الربو الخ . . . .)

١١ النظريات النشوئية للعصابات وإمراضيتها النفسية

أ ـ النظريات البيولوجية :

كانت نظريات المنشأ البيولوجي للعصاب شائعة وسائدة حتى بدايات هذا القرن حيث كان الأطبّاء يعزون العصابات إلى آفة بالجهاز العصبي المركزي « كبينال » و« شاركو » الذي وصف العصاب بحالة مرضية يوجد مركزها في الجهاز العصبي لكنها لاتترك أثراً نسجيا أو تشريحيا في الجثّة بعد الوفاة ولا شك أن من العوامل التي شجعت هذا المفهوم ، التشابه بين بعض الأعراض العصبية

والأعراض العصابية وترافق العديد من الآفـات العضـوية بتظاهـرات عصـابية . والإلتباس الذي كان شائعا بين الهستريا المقلدّة لكل الآفات العصبية وهذه الآفات كذلك .

وتمحورت بعض النظريات حول العامل الوراثي إلا أن الدراسات والأبحاث المختلفة لم تقدّم إلى حد الآن برهانا جديرا بالإعتبار .

أما الأبحاث الأخرى الفيزيولوجية العصبية والخلطية والكهربائية التخطيطية فلم تتجاوز نتائجها أكثر من الإشارة إلى بعض الإضطرابات الدنيا غير النوعية .

لقد كان للتحليل النفسي في بدايات هذا القرن الدور الجوهـري والهـام في دراسة العصابات وموضعتها في إطار الديناميكية النفسية وسياق النشوء النفسي للفرد وما تتخلله من إضطرابات في مراحل النمو النموذجية تنشأ عن التفاعل مع المحيط الأسروي خلال الطفولة الباكرة ، إلا أنّه وعلى نقيض الإعتقاد الشائع ، كثيرا ما عبّر فرويد عن نظرة متشائمة إلى العصابات من حيث وجود إستعداد عضوي بنيوي لها ورأى أن حدود التحليل النفسي تقتصر على إستكشاف المركّبات النفسية للنشـوء العصابي ، بينما ترك لتطـوّر العلـوم الحيوية الأخـرى كشف العنـاصر البيولـوجية للعصاب والتي لن تتناقض مع نظريات التحليل النفسي بل تكون وجها آخر لعملة واحدة . ومنذ ذلك الحين ، وحتى الآن ، تحوّلت نظرية المنشأ العضوي الأحادي الجانـب إلى مفهـوم التربّـة المهيئـة للعصـاب والـذي يسـود بـين معظـم التيارات والمدارس .

ونحن نرى أنه حتى نظرية التربة المهيئة ، الأكثر إعتدالا من وجهة النظـر البيولوجية ، هي عرضة للشكّ والـدّحض ، سواء من ناحية دراسة النشوء العصابي أو علم النفس المرضي العـام أو الديناميكية الفيزيولـوجية والتشريحية العصـبية أو وبائيات الأمراض النفسية أو معالجات العصاب .

فنحن نعلم أن نضج الجهاز العصبي المركزي لا يتكامل الا بعد السـنوات السبع الأولى من الحياة أي خلال المرحلة التي يتمّ فيها النشوء النفسي الأساسي للفرد لذلك فنعتقد أن تكيّف هذا الجهاز لإستجابات عصبية ونفسية وسلوكية معينة تسم الطبع والشخصية ، لا تعود بالضرورة إلى استعداد عضوي أصلي بل تعود إلى

فعل العوامل النفسية ـ الاجتماعية والمثيرات الإشراطية الخارجية . كما نعلم أيضا مدى التأثير المتبادل بين الجهاز النفسي والعضوية بحيث لا يمكن النظر إلى الإنسان إلا كوحدة نفسجسمية لا يمكن فصمها ومن ناحية أخرى نعرف العلاقة الفيزيولوجية الجميمة بين الجهاز العصبي والجهاز الغدّي وما يعني ذلك من تبادل وتأثر بين مختلف أعضاء الجسم وأجهزته ووظائفه والجهاز العصبي المركزي لذلك فإن العوامل النفسية قديرة تماما ، وفي شروط ترتبط بعدّة عوامل معقدّة ومركبّة منها الشدّة والإمتداد ، على التأثير في وظائف العضوية وبنية أجهزتها، كما أن لكلّ الإضطرابات المرضية ، سواء النفسية أو العضوية ، هذا التأثير ، حاداً أم مديدا ، بحيث أن الإستشهاد بتبدّلات فيزيولوجية او خلطية أو تخطيطية وظيفة ، لا مكان له في مجال البرهنة ، فهذه التبدّلات تحدث لدى الفرد العادي ، حتى بين فترات النهار والفصول والنوم واليقظة والإنفعال الخ . . . فكيف بالرضوض النفسية الحادة والمديدة ؟

وإن نحن تجاوزنا مسألة الإستعداد العضوي إلى التساؤل هل أن التبدّل أو التكيّف العضوي الوظيفي الناشيء عن الرضوض النفسية المديدة والحادة التي ينجم عنها العصاب ، قابل للعكس ؟ فإننا نقول ان العضوية البشرية أو حتى الوحده النفسجسمية تملك قدرة هائلة على التكيّف والتبدّل وكما تكيّفت إستجابة لإشراط وظروف معينة فإنه يمكن إعادة تكييفها من جديد ، خصوصاً طبقا لموقف علاجي يكون أكثر فعالية بقدر ما تكون مقوّماته دقيقة كما يتعلّق ذلك بعدة عوامل محدّدة . ومما يثبت شدّة تأثير العامل النفسي على الفيزيولوجيا والعضوية فعل التنويم الطبي . أما أساليب البحث والمعالجة الحديثة فلا تترك لفرضية الإستعداد العضوي مجال أهمية او قيمة علمية من أي بعد كان (على مستوى المعرفة الراهنة) فمناهج كالمنهج العلاجي السلوكي وتطوراته كالضبط الحيوي الراجع التي تتمركز بدقة على إعادة تكييف العضوية أو تصحيح الإستجابات النفسية أصبحت تطال كلّ الأعراض العصابية الجسمية والنفسية ، دون إستثناء وتبدّلها خلال أشهر . كما أن الإضطراب العصابي يشفى كلّما تلقّى المعالجة الملائمة سواء بالتحليل النفسي أو المعالجات النفسية أو ذات الوساطة الجسدية الجذرية الأخرى .

أخيراً نشير في هذا المجال إلى أن الإستعداد العضوي العصابي لم يثبت

إحصائيا أبدا بل ثبت دائما ودون إستثناء وجود المنشأ النفسي للعصاب . كما لم يثبت أبدا وجود فرد يحمل مناعة ضد العصاب لأنه لا يملك الإستعداد العضوي له بل إن الوبائيات تثبت وجود التظاهرات العصابية ونشوءهـا في مختلف البيئـات الأسروية والإجتماعية واقتصـادية والثقـافية والإثنية كلّما وجـدت المقوّمـات النفسية لذلك . بحيث لا يمكن التحدّث عن إستعداد عضوي للعصاب ، إلا إذا أعتبر إستعدادا بشريا عاما . كما يمكن الإفتراض أن بعض العناصر العضوية البنيوية قد تؤثّر على بعض أشكال التظاهر العضوي الوظيفي للحالات العصابية .

ب ـ النظريات البيئوية والإجتماعية

تشمل هذه النظريات أساليب تفسير النشوء العصابي وتظاهراته عبـر الأثـر الحاسم الذي يمارسه المحيط بمختلف أبعاده على النمو النفسي للفرد ونضجه العلائقي « ففرويد » يؤكدّ على وجود نموذج أصلي للنمو النفسي للطفل يمدّ بمراحل ثابتة خلال السنوات الأولى من الحياة ويتحدّد سياقه أساسا عبر العلاقة الأسروية المثلّثة بحيث أن العصاب ينشأ من إضطراب في مراحل النمو هذه ويتحدّد بالتالي خلال الطفولة . بينما أضافت بعض التيارات التحليلية النفسية أهمية العوامل الثقـافية في التظاهـر العصابي . فالعصابات تتّخذ أشكالا مختلفة ونوعية حسب الخصوصيات الثقافية ـ الإجتماعية فالهستيريا مثـلا تبدّلـت أعراضهـا في نفس المجتمعـات عبـر التـاريخ وأصبحت أقل مشاهدة في المجتمعات المصنّعة كما تراجعت العصابات المتكاملة في هذه المجتمعـات ، لتحـلّ محلّهـا أشـكال أقـلّ إنتظامـا كاضطرابـات الشـخصية وعصابات الطبع كما تشاهد أعراض عصابية خصوصية لبعض المجتمعات لا تشاهد في مجتمعات أخرى كبعض الرهابات ذات السمة الثقافية التقليدية .

كذلك انطلق بعض العلماء والباحثين في نظرياتهم الإجتماعية والفلسفية حول وضع احتمال نزعة انطوائية تعلّل هذا الإنكفاء ، وقد يكون ذلك صحيحا جزئيا إلا أن إهماله يعتمد على ما يحيطه من دوافع البحث والمعرفة مما لا يمكن أن يكون إلا إستشراف قوة جديدة تدعم الـكيان المنجـرح وتعـطيه أمـلا في إكتشـاف الطـريق الصحيح . في هذا الحين تفتقر ساحة الفكر والمعرفة الى هذه المادة المعرفية مما يتطلّب، فـي المرحلة الأولى ، تغطية هذا الطلب وإدخال علوم النفس في مجال مزاحمة ميادين

فكرية اخرى بلغ بعضها مبلغ التخمة أو العقم ، مما يعني أن تقديم هذه المادّة ولو بشكلها الخام وقبل أن يعطيها الإبداع العضوي المزيد من الخصوصية والتكيّف لا يمكن أن يكون إلا مجديا بما يطلقه من جدل ، يصحّح ذاته ، في وعي الآنسان وبما يوطىء له من خطاب علائقي إجتماعي لا بدّ أن يتعدّل مساره في سياق الوعي الجديد .

هذا شيء من إشكال موقع الإلتزام العضوي من تجنّب العشوائية الميكانيكية المتلبّسة بداء الاستلاب أو بجرم الدوغمائية والديماغوجية المتقوقعتين في عمى الذاتية وظلامها ، ومحاولة هذا الإلتزام موضعة الإنجاز ـ العمل كمنظومة إتّصال إجتماعي مع الأخر وفعل تغيير هادف في سياق واقعي (عضوي) تاريخي تقدّمي ، لا بمفهوم سياسي جامد فقد معناه ، بل «بمفهوم شامل إجتماعي يعني تحقيق أو فتح طريق مزيد من الحرية والوعي والرفاه المادي والروحي للفرد والمجتمع . . . هذا هو المضمون . . .

إما إشكالية الشكل ـ والذي لا يمكن إنتزاعه من جدلتيه الحميمة مع المضمون ـ فمنها مسألة أداة الإتصال ونقل المعرفة : اللغة . . . وهي ولا شكّ التظّاهر الحضاري الأول للإنسان . تعكس بنيته النفسية والعقلية تأكيد دور الصراعات والأزمات الإجتماعية الإقتصادية والسياسية والثقافية ـ الوجودية في شحنة الحصر القوية والقلق الذين يزعزعان الكيان النفسي ويفجّران الإضطراب العصابي . . .

العصاب ، النشوء النفسي والبيئة الأسروية الإجتماعية

نعتقد ، من وجهة نظرنا ، أن الآليات العصابية تتشكّل أساسا إنطلاقا من إضطرابات تطرأ على مراحل جوهرية وعقدية في سياق النشوء والتطوّر النفسيين للإنسان . ونسمّي هذه المراحل العقدية في تعاقبها :

ـ أزمة الهوية الأولى (أو أزمة التفرّد الأنوي)

ـ أزمة الهوية الثانية أو أزمة التماهي الأوديبي

ـ أزمة الهوية الثالثة أو أزمة التفرّد الإجتماعي ـ العلائقي (التماهي والتماهي ـ

المعاكس) يتّضح من هذا التقسيم العقدي أننا نفصل العلاقة الجدلية : النشوء العصابي . النشوء والتطوّر النفسيين مع تأثير العوامل الإجتماعية بمختلف أبعادها ودورها الحيوي في التظاهرات والآليات العصابية في مرحلة متأخرة نسبيا من النمو النفسي (مرحلة المراهقة) في إطار ديناميكي نفسي لا يتناقض مع الآلية النفسية المركزية التي إكتشفها فرويد للتظاهر العصابي وهي عودة صراعات نفسية مقصاة (أو مكبوتة) تتمثل في التناقض بين رغبات ونزعات محرمة وبين مبدأ الواقع الذي يمثل استبطان ضغوط المحيط (السياق الثانوي) ، تعود هذه الصراعات من حيز اللاشعور إلى حيز الشعور ، لكن بصورة رمزية ومقنّعة ، تتمثل في الأعراض والسلوكيات العصابية ، إلاّ أن الكبت بحدّ ذاته لا يمثل آلية مرضية بل هو آلية طبيعية وسوية في الدنياميكية النفسية تسمح بتجاوز أطوار النمو النفسي إلى أطوار أكثر نضجا ، تطرح مهامّ جديدة على الفرد ، ولا يتحقق هذا الإنتقال دون نجاح الكبت الذي ينظّف ساحة الوعي من الصراعات ويتيح لها إستيعاب المعارف والأدوات الجديدة التي تدعّم تكامل الأنا وتزيد طاقاته ومجال نشاطه إتساعا . إلا أن الكبت المفرط الذي يهمل التوازن بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع بفعل ضغط وتحريم خارجيين مجحفين ، فإنه يؤدّي إلى شحن طاقات نفسية هائلة في اللاشعور ممّا تكون له عدّة نتائج وخيمة تبعا لسياقات خصوصية مختلفة ، فانحراف هذه الطاقات النفسية عن سياقها الطبيعي يحرم الأنا من الطاقات الضرورية لإنجاز مهامّه ، التطورية ، ممّا يجعلهُ يتثبّت في مراحل مبكرّة من النمو بينما يكون تطوّرهُ اللاّحق زائفا وهشّا فيسهّل ذلك النكوص إلى هذه المراحل كلّما إزدادت وطأة الضغوط الخارجية وأدّت إلى إنهيار الآليات الدفاعية والتعويضية التي يبنيها الأنا بشكل مهتزّ فتحلّ محلّها أعراض عصابية . كما أن الآليات الدفاعية قد تستقطب الطاقة النفسية وتترسّخ لتصبح جزءاً بنيويا من الكيان النفسي ويتظاهر ذلك بنشوء الشخصية العصابية . كما أن الأنا ، الذي يعجز عن تحمّل الصراع الناجم عن الدّفقات الغريزية ، قديتصلب وينضمّ إلى الأنا الأعلى في عملية التحريم والوقاية مستخدما كلّ ما يتوفّر لديه من طاقة لإلغاء وعزل الدفقات الغريزية واضعا محلّها تشكّلات إرتكاسية بديلة تنتج مواقف وسلوكيات معاكسة للنزعات المكبوحة ، كما في البنيان النفسي الوسواسي ـ القسري .

إذن لا يتشكّل التظاهر العصابي عبر الكبت ذاته بل عبر فشل هذا الكبت وخلل وظائفه وانحرافه عن التوازن والسواء اللذين يوافقان إنسجام مختلف أطراف الشخصية . ويتمّ ذلك بتفاعل عوامل بيئوية تتأتّى من المحيط مع خصوصيات البنية النفسية المتشكّلة وثغراتها ومواطن ضعفها . . .

١ ـ أزمة الهوية الأولى :

يولد الطفل بعد مرحلة جنينية حيوية تتميّز بالإتحاد البيولوجي الكليّ مع الأم . إلا أنه ، إثر ولادته ، لا يكتسب إستقلاليته مباشرة ، سواء بيولوجيا أم نفسيا . فنضجه لم يكتمل بعد على أي مستوى ويظلّ بحاجة إلى إرتباط حيوي مع أمه . كما أن حسّه الحيوي ، الذي يسبق النشوء والتمايز النفسيين يظلّ في السياق الإندماجي مع الأم ، الذي كان يعيشه في الرحم ، وإن كانت طريقة الإتصال والاشباع قد تبدّلت وأصبحت الثدي أو ما يمثّله ، بحيث لا يتمكنّ الرضيع في هذه المرحلة من حياته من تمييز الثدي بل يعتبره جزءاً من ذاته ، ويشكّل الإشباع بالنسبة له إمكانية متصلّة وحاضرة باستمرار ، ممّا يعطيه إحساساً بالقدرة الكليّة ووهما بالإشباع الذاتي . فعند غياب الثدي الفعلي يتحقّق إشباع هلسي برضاع الابهام لكن سريعا ما يميّز الرضيع عبر إستمرار التوتر في جسده ، عجزه عن الإشباع الذاتي عند غياب جزء من كيانه هو الثدي مصدر الإشباع فيصبح هذا الثدي الموضوع الخارجي الأول الذي يبدأ به التمايز النفسي الأنوي للرضيع . وتسمّي « ميلاني كلاين » الثدي : الموضوع الجزئي تفريقا له عن الموضوع الكليّ المتمثّل بالأم وهي ترى أن الثدي ينفصم لدى الرضيع إلى « موضوع طيب » هو الذي يجلب المتعة والإشباع و« موضوع شرير » هو الذي يغيب عند الحاجة ويجلب الألم والتوتر ، ممّا يدفع إلى نزعات عدوانية وتدميرية تجاه هذا الموضوع ويثير لدى الرضيع خوفا من تدمير الموضوع الطيب وأحاسيس تجزأ ، وتسمّي ميلاني كلاين هذه الحالة « الموقف الفصامي الزوراني » .

أما عند تمييز الأم كموضوع كليّ فتنجم عن مشاعر الحب والعدوانية المتناقضة حالة من الحصر تشتدّ عند إضطراب حياة الرضيع وعلاقته مع أمه أو من يمثّلها ولا يتحقّق تمايزه النفسي إلا عبر الإنفصام التدريجي لهذا الإرتباط خلال سياق

الإنفصال ـ التفرّد[1] الذي ينطلق من حالة الارتباط الكليّ متدرّجا إلى الارتباط النسبي عبر مواضيع إنتقالية [2] تمثّل وضعية وسيطة بين الاندماج والإنفصال .

فالصراع هنا يتمحور حول نزعة التمايز عن الأم والتفرد الأنوي مدفوعة بالنمو البيولوجي ـ العصبي وسياق النشوء النفسي اللذين ينقلان المهام الجديدة عبر حوافزها النزوعية إلى مستويات جديدة . بنفس الوقت تظّل جاذبية الوضع الإندماجي قائمة ، بما يحمله هذا الوضع من أمن وإندماج . ولا شكّ أن قمّة أزمة الهوية الأولى هذه تتظاهر بما اصطلح على تسميته «حصر الشهر الثامن» حيث يتبلور التمايز الأنوي للرضيع وشعوره بتمايز هويته عن هوية أمه فيعتوره قلق شديد عند غيابها فهذا الغياب يحمل لديه عدة معاني ودلالات واستيهامات منها أنه تأكيد لتفرّده وانفصاله الأنوي عن أمه ، ممّا يعني أنها ليست مرتبطة حيويا به بحيث أنها قد تغيب نهائيا ويقرن ذلك مع مشاعره العدوانية وممارسته لها (بزوغ الأسنان وعضّ الثدي) فتغزوه مشاعر الذنب بفعل تفرّده وإنفصاله التدريجي عن الأم مما يجعله (إستيهاميا) قادرا على تدميرها وقتلها بينما لا تزال في ذاته بقايا الكيان الاندماجي الكليّ ولا شكّ أن المنشأ الأول لمفهوم الموت يتبلور في هذه المرحلة ويتسم بصبغة الإلتباس بين العدوانية الذاتية والعدوانية الغيرية في سياق الأزمة الصراعية بين الإندماج والتفرّد .

نستخلص إذن مما سبق أن تجاوز أزمة الهوية الأولى التي يتمّ خلالها سياق الانفصال النفسي عن الأم والتشكّل الأنوي المنفرد يتمثّل في قتل رمزي وفعلي (على المستوى النفسي) للمرحلة السابقة الإندماجية التي تقوم على أنقاضها مرحلة التمايز الأنوي . إذ يتبلور خلال ذلك «موقف إختيار» بين التثبّت والتمسّك بالمرحلة القديمة وبين الإنتقال إلى المرحلة الجديدة ، يتطلب حسمه التسليم بإنقضاء وموت المرحلة السابقة وبالتالي نشوء سياق حداد (التسليم بالفقدان النهائي للمرحلة السابقة) ، يسمح عند نجاحه بنشوء سياق ترميمي ، يتيح الإنتقال إلى مرحلة أرقى من السابقة . وحتى يكون هذا التطوّر ناجحا وسويّا ، لابد أن تكون الدوافع المعتمدة

١) مارغريت ماهلر
٢) د. و وينيكوت

أساسا على جدلية منظومة الحرمان ـ الإثابة تحمل إتجاهها إستقطابا مجزيا للطاقة النفسية نحو المرحلة التطورية الأرقى . فتشكّل هذه المرحلة تمايزاً واعدا للمتعة والإشباع أكثر ثراء واستجابة للحاجات مما توفّره المرحلة السابقة . مما يبرّر إستثمار الطاقات النفسية بهذه الإتجاه رغم ما يمثّله ذلك من فقدان وحداد على نمط إشباع غريزي . عاطفي قديم . أما إختلال التوازن الإيجابي لهذه الركيزة التطورية الأساسية . الحرمان ـ الإثابة فيؤدّي إلى حالات تثبيت ونكوص ، متفاوتي الشدّة ، إلى المراحل البدئية تتجلى بالإنطواء الذاتي والاضطرابات النفاسية . أو يكون إضطرابها أخفّ وتشارك جوهريا مع المراحل التطورية التالية وأزمتي الهوية التاليتين في تشوه وتظاهرات الإضطرابات العصابية . فالآلية النفسية الثنائية الديناميكية : الفقدان ـ الترميم أو الحداد ـ الترميم آلية مركزية في النمو والنضج النفسيين وبالتالي في حياة الفرد وسلوكه إذ أن هذه الحياة تعاقب مستمرّ للإختيارات الطوعية القسرية وكلّ إختيار جديد يتضمّن حدادا وفقدانا لشيء ما وآستقطابا للطاقة النفسية حول الترميم المتمثل بإيجاد بديل مجز للشيء المفقود سواء كان رمزيا أم فعليا . .

يتظاهر نجاح التشكل الأنوي لدى الطفل بظهور آلية النفي والرفض لديه «لا» بين الشهر الثاني عشر والثامن عشر (يسمّي الباحث «رينيه سبيتز» إكتساب قدرة الرفض والنفي بالناظم الثالث للنشوء النفسي أما الناظم الأول بالنسبة له فهو الإستجابة الإجتماعية المتمثّلة بالإبتسام الذي يظهر في الشهر الثاني من العمر والناظم الثاني هو «حصر الشهر الثاني» الذي تحدثنا عنه .) فالرفض يمثّل لدى الطفل تأكيدا لتمايزه عن أمه وتعزيزا لهويته الأنوية المتفرّدة بما يحمله من معاني الفعل والتأثير والسلطة على العالم الخارجي .

2 ـ أزمة الهوية الثانية :

تتموضع هذه الأزمة في الفترة السابقة للعمر المدرسي أي بين سن الثالثة والسابعة . وتشكّل قمّة أطوار النشوء النفسي الأوّلي التي تتعاقب خلال وإثر التمايز الأنوي البدئي والتي تتوزع عليها السمات والخصائص القاعدية لشخصية الفرد ، طبقا لنمط صيرورتها وكيفية تجاوزها .

وهذه المراحل التي سبقت دراستها بإيجاز في القسم الأول من هذا الكتاب تتشكّل أساسا من المرحلة الفمية والمرحلة السادية الشرجية وأخيرا المرحلة التي نختصها بالدراسة هنا وهي المرحلة الأوديبية . ولا تتعاقب مراحل التطوّر هذه ، بشكل ميكانيكي بل إنها متداخلة وترتبط فيا بينهـا بروابـط تآثـر جدلي وقـد أشـار «أبراهام» ومن بعده «ميلاني كلاين» ومن تبعها من باحثين في ميدان النشوء النفسي للطفل إلى أن الخطوط الأولى للمرحلة الأوديبية ترتسم في فترة باكرة بالنسبة لما حدّده «فرويد» من تقسيم زمني لتتالي المراحل .

تتمثّل المرحلة الأوديبية في إكتشاف الطفل لسبب رئيسي لغياب الأم هو الأب فهو بعد تمايزه الأنوي يظل مرتبطا عاطفيا وماديا بأمه التي تبقى المصدر الرئيسي لتلبية حاجياته ورغباته حتى بعد إنفصام علاقتهما الإندماجية (من وجهة نظر الرضيع) فتصبح الموضوع الخارجي الأول لنزعاته التي تسير هي أيضا في سياق التمايز فتقترن رغباته الشهوانية والغذائية التي كانت مندمجة في علاقته الفمية مع أمه وظلّت متعدّدة الأشكال وغير متمايزة . لذلك تكون رغبة الطفل بامتلاك أمه شديدة وعندما يدخل الأب في هذه العلاقة الثنائية ليحولها إلى علاقة مثلثة ، يحسّ الطفل بوجود منافس قوي له وتتملّكه مشاعر الغيرة ، خصوصا ، وأن هذا المنافس هو مصدر غياب الأم وفقدانها ويتمتّع باهتمامها وحبّها . إضافة لذلك يكون دخول الأب في هذه العلاقة فاعلا إذ يعمل على دفع الطفل إلى ضبط نزعاته الغريزية والخضوع إلى الضوابط والمعايير الإجتماعية ، مما يجعله يظن أن ذلك الضبط والمنع والتحريم هي معاقبة له على رغبته بإمتلاك الأم ، مما ينشيء لديه مشاعر الذنب والخوف من الإخصاء «عقدة الاخصاء» في نفس الوقت يدرك أن لا قبل له بمقاومة الأب إذّاك ينشأ لديه ، في الحالة السوية سياق جوهري يستجيب للواقع ويتلاءم معه كما يستجيب لرغباته ونزعاته التطورية ويتمثل هذا السياق في التسليم باستحالة إمتلاك الأم ويكتمل الحداد بإقصاء هذه الرغبة إلى اللاّشعور . أما ترميم هذا الفقدان فيتم باكتساب دافع وطاقة جديدة للنمو والتطوّر تستمدّ من التماهي مع الأب أي إستبطان الصورة الأبوية وجعلها مثالا يسعى الطفل إلى تحقيقه في ذاته إذ أن التماثل مع الأب يمثّل بالنسبة للطفل في تلك المرحلة الوسيلة الوحيدة لتحقيق إمتلاك الرمز الأمومي في مرحلة متأخّرة .

هكذا يتمّ تجاوز أزمة الهوية الثانية إذ أن التمايز الأنوي الأول لم يكن كافيا لتحقيق نزعات ورغبات الطفل ، ممّا يدفعه إلى دفع عجلة النمو الأنوي إلى مستوى أرقى ذا سمة ديناميكية . إذ أنه يجبذّ الطاقة النفسية لتحقيق تطابق الهوية البدئية مع الهوية المثالية المتمركزة على الصورة الأبوية .

يتيح هذا التجاوز الذي يتمّ عبر الكبت الأوديبي وإقصاء النزعة الجنسية إلى اللاّشعور ، تحقيق مرحلة تهدأ فيها النزعات الغريزية وتأخذ مكانها النزعة المعرفية مدفوعة بالتماهي الأبوي والرغبة بمعرفة «سرّ القوّة الأبوية» و«مصادر الوجود» وتسمّى هذه المرحلة مرحلة الكمون الجنسي أو المرحلة ما قبل التناسلية ، فخلا لها ينطلق الطفل إلى إكتساب القواعد المعرفية الأساسية وأدوات ووسائل الترميز ، كما تتوسّع علائقه وتتجاوز حدود الأسرة إلى الشارع والمدرسة إلا أنها تظل متنمذجة على نمط الصورة الأبوية .

ولا يجب أن ننسى أن الأنا الأعلى ، ممثّل القيم والتحريمات وحارس الغرائز والنزعات ، هو إستبطان للقيم والموانع التي تفرضها الأسرة ومن خلالها المجتمع ، بحيث بعد مرحلة من الرقابة الخارجية تصبح هذه الرقابة ذاتية تتشارك مع «الأنا المثالي» (الصورة الأبوية) في توجيه الأنا في تطوّره وفي تحديد مجالات نشاطه بما يظلّ في حدود التطابق مع القيم والواقع والضغوط، الإجتماعية ويجنّب بروز الصراعات التي تعرقل هذا التطوّر .

3 ـ أزمة الهوية الثالثة

تتمحور هذه الأزمة حول فترة المراهقة التي تبدأ منذ البلوغ التناسلي وتستمّر حتى بدايات الكهولة التي تتفاوت من فرد إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر . ويعتقد الباحثون بأن السن القصوى للمراهقة تتزايد في المجتمع الحديث ويقدرونها بحدود الخامسة والعشرين ، أي عند بدء تولّي الفرد لمسؤولياته الإجتماعية والمهنية . .

في هذه المرحلة تتبلور معظم البنى العصابية . وتبرز الأعراض والتظاهرات المتعلّقة بها حيث أنها ، أي المرحلة ، خصبة بالنشاط النفسي الشعوري واللاشعوري يلتقي فيها فعل العوامل النفسية الداخلية والخارجية الإجتماعية .

يعيد النضج الجنسي الصراعات النفسية إلى حيّز التأثير إذ أن النزعة الجنسية تستقطب من جديد شطرا كبيرا من الطاقة النفسية ممّا يمكنّها من إعادة الأزمات القديمة إلى الحياة فتختزل المراهقة المراحل المنطوية خصوصا منها المرحلة الأوديبية وتعيد تنظيمها بما يتيح العبور إلى مرحلة النضج النفسي الكامل لذلك يكون سلوك المراهق مليئا بالتناقض يتخلّله الإرتباط العاطفي والتمرّد والحب والكره والمثالية والطفولية والنضج الخ . . .

أما أزمة الهوية فتتمثّل هنا بضرورة الإنتقال من التماهي الأبوي إلى تثبيت الذات واستقلاليتها وإلى تماهيات إجتماعية متعدّدة ويقتضي ذلك نزع السمة المثالية عن الصورة الأبوية وإعادتها إلى واقعها الحقيقي بعد أن أنجزت مهامها المرحلية ويعني ذلك حالة إنفصال جديد وحداد يترمّم بفتح الطريق أمام إشباعات جديدة وتماهيات متعدّدة مع تكامل الذات تحقق التوازن العقلاني ـ العاطفي . وهذا التوازن لا يتحقّق ، إلا في ظلّ إنجاز سوي للمراحل السابقة ، يسمح للفرد بإعادة النزعة الجنسية ـ النفسية المكبوتة إلى حيّز الشعور ، حتى تتطابق مع النضج الفيزيولوجي ، وذلك بتجاوز التماهي الأبوي إلى إستقلالية ذاتية وتماهيات جديدة بما يتيح تعدّد المواضيع الإجتماعية للرغبة وتمايزها عن الصورة الأمومية أما عندما يكون الكبت الأوديبي شديدا أو مهتزّا فإن مشاعر الذنب المفرطة الناجمة عن تثبّت الصورة الأبوية أو الأمومية تعمل على كبت النزعة الجنسية ـ النفسية ، وتمنع تطابقها مع النضج الفيزيولوجي وتحرّفها نحوآليتين مرضيتين رئيسيتين هما التزهّد والعقلنة ، فالتزهّد يتمثّل في رفض جذري وإنكار للنزعات الغريزية وتحقير للمتعة . بينما تستهدف العقلنة نزع القيمة العاطفية الغريزية للنزعات النفسية الهادفة للمتعة فلا تنكرها بل تعطيها مضموناً عقلانياً ولا تتعامل معها إلا على المستوى التجريدي والفكري الفلسفي ممّا يسمح بالإبتعاد عن تحقيقها الفعلي وإبقاء مسافة عما تمثّله من خطر . قد يتمكن المراهق من تجاوز هاتين الآليتين إلا أن سيطرتها تؤدّيان حتما إلى تشكّل عصابي يتظاهر بأساليب متفاوتة .

ويمثل إضطراب الصورة الجسدية لدى المراهق شكلا من أشكال إعادة الحياة إلى المراحل القديمة إذ يستعيد ذلك أزمة الهوية الأولى التي يتمايز فيها جسد الطفل عن

جسد أمه وما يثير ذلك من أحاسيس التجزأ والتحطّم . كذلك فإنّ المراهق يعاني من أزمة هوية جسدية ووحدة ذات بفعل عاملين أوّلها التبدلات التي تطرأ على جسده والتي تشير إلى ضرورة تطابق هويته مع هذه الصورة الجسدية الجديدة ، وثانيها وهي الأهم تتمثل في أن المراهق كان يعيش في مرحلة الكمون الجنسي إستقرارا نزوعيا غريزيا يشكّل نوعا من المتعة النرجسية الذاتية ذات مستوى أدنى من التوتر تحقق صورة إندماج مع موضوع النزعة الجنسية وإكتفاءً أو إشباعا ذاتيا . ثمّ ينهار هذا الاستقرار ويكتشف المراهق أن موضوع إشباعه الجنسي يوجد خارج ذاته ممّا يؤدّي إلى أحاسيس تجزّؤ تشابه وتستعيد تلك التي كانت تنتاب الرضيع عندما يكتشف إنفصال مصدر إشباعه عنه . ويتظاهر ذلك بأحاسيس الغرابة وإنكار الذات والضيق الجسدي ولا شكّ أن مشاعر الذنب المقترنة مع ظهور علامات النضج الجنسي تعزّز تلك الأحاسيس .

تلعب العوامل الإجتماعية بمختلف أبعادها الثقافية والإقتصادية والسياسية والقيمية وغيرها دورا رئيسيا في أزمة المراهقة ، وتسمها بخصوصياتها . مثلما تلعب دورها عبر الأسرةفي المراحل السابقة . إن طقوساً تقليدية كثيرةمثل الفطام والختان والتي يتميّز بها كلّ مجتمع تطبع هذه المراحل وتؤثّر عليها مثلما ينطبع النمط التربوي بالظروف الاقتصادية ـ الإجتماعية والثقافية التي تعيشها الأسرة . أما خلال المراهقة فالتماهيات المتعدّدة ضرورية ليتبّع المراهق سياق نضجه وهو يستمدّ نماذج تماهياته هذه من محيطه الثقافي الإجتماعي . ممّا يتطلب إنسجاما بين هذه النماذج والتماهي الأبوي البدئي وما يحيط به من سياق تربوي . كما يتطلب أيضا إنسجاما بين هذه النماذج ذاتها إذ أن إنتماءها إلى أنماط ثقافية إجتماعية متباينة ومتناقضة تخلق أزمة إختيار لدى المراهق وتجعله يتعرقل في نموّه ونضجه كما أن الصراعات والأزمات الإجتماعية تحبط الضرورة المثالية التي يحتاجها المراهق في بناء تماهياته وتجعله ينفر من النظام الإجتماعي القيمي القائم .

إن ثنائية الإندماج ـ التفرّد التي كانت محور تطوّر العلاقة بين الطفل الناشيء وأمه تظلّ قائمة رمزيا على المستوى الإجتماعي فكلّ إستبطان تماهوي هو إستعادة للحالة الإندماجية الأصلية بحيث يكون السواء النفسي . الإجتماعي هو قيام توازن

ديناميكي بين نزعة التفرّد النفسي ونزعة الإندماج الإجتماعي : بحيث كلّما كان الضغط الإحتوائي الإجتماعي قويا وعملت قيمه المتصلّبة والقاسية على إبتلاع خصوصية الفرد بنصب رقابة ومعايير على سلوكه وآختياراته الشخصية ، (كما يحدث في مجتمعات تقليدية كالمجتمع العربي) كلّما إشتد كبته وتأزّمه اللذين يحوّلان أزمة الحصر إلى تشكّلات إرتكاسية عصابية سلبية أو عدوانية تحرّف الطاقات النفسية عن سياقها السوّي . كذلك كلّما أسلم الفرد لذاته وتحلّل التماسك الإجتماعي معطيا الأولوية للقيم الفردوية (كما يحدث في المجتمعات الغربية) كلّما شعر الفرد بالفزع واللاأمن وبتفكّك هويته بفعل إهتزاز الصورة الأمومية (الإندماجية) والصورة الأبوية (التماهوية . القيمية) . مما يؤدّي إلى حالات عصابية طبعية غير متمايزة تهتزّ فيها العلاقة بين أطراف الجهاز النفسي وآلياته (اللاشعور ـ ما قبل الشعور . الشعور ، الأنا ، الأنا الأعلى ، الكبت التماهي . . . .) كما يدفع ذلك المراهق إلى السعي بأي ثمن إلى الحصول على الأمن الإندماجي بدخول مجموعات متماسكة ومتعاضدة سواء كانت مجموعات مراهقين عادية أم مجموعات منحرفين أم مجموعات مدمنين أم مجموعات دينية وروحانية مادامت تعوّضه عن التفكّك الأسروي أو الإجتماعي . . .

هكذا فإن الإضطراب العصابي وإن كانت دعائمه تتشكّل باهتزاز المراحل الأولى من الحياة الطفلية إلا أنه يظلّ سياقا ديناميكيا يتكامل بفعل تفاعل هذه المراحل بخصوصيتها النوعية وعبر تأثرها الدائم مع تطوّر البنية النفسية ، تفاعلها مع المحيط الثقافي ـ القيمي ـ الإقتصادي الإجتماعي فيتّسم كتظاهر مرضي بخصائصها ويتطوّر بتطورها بحيث تكون وبائياته وأنماطه وتاريخه التطوّري وديناميكيته مرتبطة بخصائص البنية الثقافية الإجتماعية ذاتها وتاريخها الكيفي الديناميكي .

III الآليات الدفاعية العصابية :

تستهدف الآليات الدفاعية إيجاد حلول ملائمة للصراعات النفسية تجنّبا لإنبلاج شحنة مفرطة من القلق والحصر فهي سياق بنيوي نفسي سوي يوجد لدى كلّ

الأفراد ، ويحدّد خصوصية أسلوب الفرد في تشكيل سمات وخواص شخصيته التي تمثّل نمطه في التلاؤم الأفضلي مع محيطه وما ينعكس عن تفاعله معه من صراعات نفسية وتكون هذه الآليات لاشعورية لدى الفرد العادي .

أما لدى العصابي فإن آليات دفاعية سوية مرنة تفشل بفعل إحتداد الصراع بين النزعات والضغوط المانعة ، مما يجعل هذه الآليات تتحجّر وتتصلّب سعياً إلى منع بروز الصراعات إلى حيّز الشعور فتأخذ بذلك أشكالا لا تلاؤمية ثابتة مع الذات والمحيط . كما أنها تتيح ، لتخفيف الحصر وتحت الضغط الشديد للنزعات النفسية والصراعات المكبوتة ، بروز الأعراض العصابية كحلّ وسط يشكّل تظاهراً رمزياً لهذه النزعات والصراعات .

وأهم الآليات الدفاعية هي :

1 الكبت (أو الاقصاء) :

يتمثّل في إقصاء عناصر لاشعورية ، كالأفكار والإستيهامات والذكريات ، إلى اللاّشعور وهي ترتبط برغبة أو نزعة . ينجم هذا الاقصاء عن عجز عن مواجهة التناقض بين نزعة داخلية وبين ما يمارسه المحيط من ضغط أو تحريم مما يدفع القلق والحصر إلى سوية تشكل خطرا على تماسك الذات فلا يمكن تجنّب ذلك إلا بدفع هذه المواقف والرغبات إلى حيّز النسيان اللاّشعوري . إلا أن المحتويات المكبوتة تحتفظ بشحنة طاقة تعطيها قدرة ديناميكية تتيح لها في بعض الظروف العودة إلى الحيّز الشعوري سواء مباشرة أم بشكل رمزي كما يحدث في الأحلام والإستيهامات والهفوات والأخطاء اللاّشعورية وكذلك بالأعراض والتظاهرات العصبية .

2 - النقل :

هو نقل رغبات ونزعات أو مشاعر وعواطف من موضوعها الأصلي الذي يكون مصدر قلق وحصر مفرطين إلى موضوع بديل يكون أقلّ إثارة للقلق والحصر . ويرتبط الموضوعان بسلسلة تشاركية رمزية مثلا نقل الكره اللاّشعوري للأب إلى كره المدرّس . . ويمكن أن ينال النقل أداة أو موقفا كما في الرهابات أو الجسد ذاته

(التحوّل الهستريائي) وعلى محتويات مجرّدة (الأفكار الوسواسية) أو سلوكيات رمزية (السلوكيات القسرية)

3 ـ التماهي :

هو إتخاذ نموذج خارجي تعزى إليه صفات المثالية كقالب يسعى الفرد لاشعوريا إلى التطابق معه كالتماهي مع الصورة الأبوية والتماهيات الاجتماعية . ويتمّ التمايز والنمو النفسيّان بسلسلة من التماهيات والتماهيات المضادة (إلغاء التماهي) .

4 ـ الاستبطان :

آلية تشتقّ من التماهي وتتمثّل عبر سياق إستيهامي بإدخال مواضيع أو إنفعالات ومشاعر أو خصائص وسمات وإدماجها في الذات النفسية . بحيث يُنكر مصدرها الخارجي وتنسب إلى الذات .

5 ـ الإسقاط :

وهو الآلية المعاكس للاستبطان إذ ينسب الفرد ـ لاشعوريا طبعا ـ إلى موضوع خارجي وصفات وسمات أو مشاعر وإنفعالات تنبع في الحقيقة من لاشعوره . إلاّ أنه لا يمكنه الوعي بها لأنها تثير مشاعر ذنب وتحدث حالات شديدة من الحصر والقلق ويسمح هذا الإنكار اللاشعوري والإسقاط بتخفيف هذه الحالات وهذه الآلية أساسية لدى الزوري والهذياني كما يستخدمها العصابي لتجنّب «خطر» نزعاته ورغباته الباطنة فيسقط هذا الخطر إلى الخارج ثم ينقله إلى مواضيع رمزية كالمواضيع الرهابية . والإسقاط آلية شائعة في سلوك الفرد العادي .

6 ـ العزل :

هو عزل فكرة أو سلوك في نطاق أحد أبعادها وعن مركباتها الأخرى أو عزلها عن نواحي النشاط النفسي والسلوكي الأخرى للفرد مما يبعد خطر إرتباطها

بنزعات وإنفعالات مثيرة للحصر . تشاهد هذه الآلية في المقلنة التي ذكرناها كآلية دفاعية واسمة للمراهقة وفي الحالات الوسواسية والقسرية .

7 ـ الالغاء : (أو الالغاء الراجع) .

يعمل الفرد هنا على إلغاء أفكار أو نزعات وانفعالات ورغبات أو سلوكيات برزت في حياته النفسية فيغطّيها بأفكار وسلوكيات وانفعالات مضادة . تشاهد هذه الآلية لدى الوسواسيين القسريين والمازوشيين . كما تعتمد عليها آلية دفاعية خصوصية للمراهقة هي التزهد حيث يحل النفور واللامبالاة محلّ الرغبات والنزعات الغريزية .

8 ـ التصعيد :

آلية دفاعية تتجاوز الحدود العصابية إذ أنها تعبّر عن كبت ناجح يسمح للفرد . بتحويل جزء من طاقاته النفسية عن النزعات والرغبات الآنية واستثماره في النمو النفسي والتلاؤم الإجتماعي والإبداع . مثل ذلك كبت النزعات الأوديبية وما يتيح ذلك من إنتقال الطفل في نموّه النفسي إلى إكتساب المعارف وتطوير وظائفه العقلية الترميزية وقدراته التلاؤمية .

9 ـ التشكّلات الإرتكاسية :

وهي سلوكيات بديلة للرّغبة المقصاة إلى اللاّشعور وتكون معاكسة لها تماما تنشأ في بدايتها كإرتكاس تلاؤمي لموقف معينّ في مراحل الطفولة (كأن يتعلّم السلبية أمام أبيه رغم نموّ العدوانية تجاهه في لاشعوره خوفا من العقاب) إلا أن هذا الإرتكاس يتصلّب ويثبت فيصبح نمطا سلوكيا متكرّرا كلّما صادف الفرد نفس الإستثارة النزوعية ويأخذ شكل التكرار الجبري (فمثلا هذا الطفل الذي ذكرناه يرتكس إرتكاسا سلبيا كلّما وجد في موقف تصعد فيه عدوانيته التي تظل مكبوته في اللاشعور تجاه شخص يمثل رمزيا أبويا كالمدرس أو رئيس العمل أو الشرطي وكلّ ما يمكن أن يمثل سلطة أو تحريما ، بحيث يصبح عاجزا عن استخدام نضجه النفسي بما يوافق رغباته وحقوقه وعدوانيته الطبيعية وبما يلاسم متطلّبات الموقف الراهن) .

1 ـ اضطرابات النشاط الجنسي :

النشاط الجنسي بعد جوهري في حياة الإنسان يتطلّب إكتماله نضجاً نفسياً عاطفياً إنفعالياً وإنسجاماً بين مختلف أطراف الجهاز النفسي بينما ، خلال الإضطرابات العصابية ، قد يصبح بشكل مباشر موضوع الكفّ واللجم بفعل مشاعر الذنب وما ينجرّ عنها من تحريم وعقوبة ذاتية . كما يتأثر هذا النشاط بشكل غير مباشر بفعل عناصر القلق والتوتّر والحصر التي تحدث إضطرابات فيزيولوجية ووظيفية جنسية كما تعرقل العفوية والتعبير الإنفعاليالذين يلعبان دورهما الرئيسي في السياق العلائقي الجنسي . وتتظاهر هذه الإضطرابات بهبوط الرغبة الجنسية وصعوبات تحقيق العمل الجنسي .

تكون الإضطرابات الجنسية ثابتة لدى العصابي إلا أنها متفاوتة في شدتها وتظاهراتها ، اذ قد تنال الرغبة والنواحي الإنفعالية أو الوظيفة الجنسية ذاتها أو السلوك النفسي ـ الجنسي العام .

ومن الإضطرابات الجنسية الوظيفية الكثيرة المشاهدة في العصابات :

أ ـ العجز الجنسي (العنانة)

نادرا ما يكون كليّا بل يتظاهر غالبا بشكل جزئي وتبعا للمواقف والحالة الذاتية . إلاّ أنه بتكراره يزداد شدة بالإحباط والتوتّر اللذين يحدثهما . وتعتبر إضطرابات القذف قريبة من العجز الجنسي وأكثرها مشاهدة القذف المبكر بينما تندر مشاهدة القذف المتأخّر أو اللاّ قذف .

ب ـ البرود الجنسي :

يشاهد بكثرة لدى النساء ويكون كلّيا أو جزئيا ، مستديما أو ظرفيا وقد يقترن بالتشنجّ المهبلي . وتلعب هنا ، إضافة إلى العناصر النفسية العميقة ، العوامل الثقافية والإجتماعية دورا هامّا .

ج ـ الاستمناء :

لا يكون ذا دلالة عصابية إلا عندما يفضّل على النشاط الجنسي الطبيعي وعندما يقتصر الفرد عليه رغم توفّر هذا النشاط الجنسي وكذلك عندما يكون مقترنا ... الذنب الشديدة ...

2 ـ إضطرابات السلوكيات الغذائية

تتظاهر إضطرابات السلوك الغذائي العامة بنحول أو شره وازدياد وزن وينجمان عن عدّة آليات أهمّها : الكبح الغريزي ومشاعر الذنب والعقوبة الذاتية والنرجسية التظاهرية والتعويض عن الحرمان العاطفي .
كما تحدث اضطرابات سلوك غذائي نوعية واصطفائية تدخل في سياق رمزي عاطفي او مراقي أو رهابي ....

3 ـ إضطرابات النوم

تحدث لدى العصابي إضطرابات نوم متنوّعة منها صعوبة النّوم والنوم المتقطّع والأرق ناتجة عن التوتّر النفسي ومقاومة الإستسلام السلبي وعن الخوف من الموت والخوف من الأحلام التي تعبّر عن النزعات المكبوتة المتحرّرة نسبيا خلال النوم أو قد يحدث فرط نوم يشكّل مهربا من الحصر ومن مواجهة الصراعات النفسية ومتطلّبات الواقع .

4 ـ العدوانية

لها موقع هام في الآليات والسلوكيات العصابية ، فهي غالبا مكبوته في شكلها الحرّ الأصلي ، إلا أنها تتظاهر بالمعارضة والإستثارة والتعنّت والتسلّط أو تأخذ شكلا أكثر خفاءً باللاّمبالاة والسخرية والتهكّم ، والنقد اللاّذع .

5 ـ الحصر والقلق

الحصر عنصر مركزي في المرضية العصابية حيث يكون كلّ التشكّل العصابي مقاومة متفاوتة النجاح للحصر. إلاّ أن شحنته تكون مشتدّة فيتظاهر بشكل دائم أو

إحتدادي . ويكون على مستوى نفسي أو جسدي أو مشترك .

6 - الإضطرابات المراقية

تتمثّل الإضطرابات المراقية العصابية باهتمام مفرط بالجسد ووظائفه والقلق الصحي وتضخيم الإضطرابات التي تناله . كما ينزع العصابي إلى تنظيم حياته بنمط مراقي من خلال الإحتياطات الصحية المفرطة والأنظمة الغذائية والطقوس المتعلّقة بها . وتشابه هذه الآلية ، الآلية الرهابية حيث يسقط القلق العائم على موضوع محدّد ، كما تأخذ أحيانا أشكالا وسواسية نموذجية .

أما الشكاوي الألمية الوظيفية دون إضطراب موضوعي والتي تطرأ أحيانا على العصابي (كالصداع والآلام المفصلية والظهرية الخ . . .) فقد لا تكون مراقية ، بل تنتج عن فقدان تعويض عصابي يؤدّي إلى حالة همودية مقنعة بشكل عديل للهمود .

7 - الوهن

ينجم عن فرط التوتّر الذي يحدثه سوء التلاؤم الإجتماعي والصراعات النفسية الممتدّة يكون صباحيا في مستواه الأقصى إذاك ويتحسّن خلال اليوم ويترافق بشعور بالقلق والملل . ويميّز عن الحالة الهمودية التي تتصف بغياب الشكاوي الجسدية وحالة فقدان لقيمة الذات والمحيط بنفس الآن.إلا أن الوهن قد يكون عديلا للحالة الهمودية أو بداية لها عند فقدان التعويض الذي يوفرّه التوازن العرضي .

٧ - تصنيف العصابات

كان فرويد يقسّم العصابات إلى نوعين : العصابات الحالية وهي عصاب الحصر (أو عصاب القلق) والوهن العصبي والعصاب المراقي ، والنوع الثاني العصابات النفسية التي يقسّمها إلى صنفين : الصنف الأول : العصابات النفسية التحويلية وهي الهستيريا والعصاب الرهابي والعصاب الوسواسي القسري ،

والصنف الثاني : العصابات النفسية النرجسية التي توافق النفاسات المعروفة . . . .

وكان فرويد يعتقد أن العصابات الحالية تتظاهر بفعل عوامل راهنة خصوصا الحرمان أو سوء الإشباع الجنسي إلا أن معظم باحثي التحليل النفسي المحدثين تركوا هذا المفهوم ولم يعودوا يعتمدون عليه في تصنيفاتهم .

وتشير الأبحاث السريرية إلى صيرورة تاريخية ثقافية إجتماعية إذ تتبدّل وبائياتها وتظاهراتها طبقا للتبدلات البنيوية الإجتماعية فيشاهد حاليا تزايد عصابات الطبع التي تشكّل أنماطا دفاعية متصلّبة ، تشمل مختلف أبعاد الشخصية ولا تتمركز حول نموذج عرضي محدّد . كما أن المداخلات العلاجية النفسية المبكّرة على إضطرابات نفسية طفلية وخيمة قد يحوّل التطوّر التفاسي أو الفصامي لهذه الإضطرابات إلى تشكّلات عصابية غير متمايزة أقل وخامة تمثل بُنيانا دفاعيا جديدا ، كذلك فإن الأعراض والآليات الدفاعية قد تتشارك بشكل متفاوت لتؤدّي إلى حالة عصابية غير نموذجية تتواجد فيها مثلا التظاهرات الهستريائية والرهابية أو تقترن فيها أعراض رهابية ووسواسية قسرية الخ . . . .

ويمكن التسليم بأن الأعراض العصابية تظاهُرٌ يخضع لتفاعل المحيط مع الصراعات النفسية العميقة . بحيث تشكّل هذه الأعراض ، بمختلف أنماطها مجموعة إتصالية ديناميكية قد تتجمّد لفترة معنية حول نمط معين وقد تتبدّل سريعا متبعة أطوار تتعاقب فيها عدّة نماذج عرضية بحيث يمكن القول بوجود « تبدلّية عرضية » تشير الى أن العرض العصابي لا يقتصر على مفهوم دلالة رمزية للصراعات اللاّشعورية بل يتعلّق أيضا بديناميكية هذه الصراعات وبالعوامل المحيطية وبالعناصر الفيزيولوجية الجسدية . . .

أما التقسيم النموذجي المدرسي للعصابات فيشمل :

1 ـ عصاب الحصر : وهو شكل قاعدي أو بدئي يكون فيه الحصر والقلق متنشرين دون موضوع محدّد

2 ـ العصابات الرهابي : ينتقل فيه الحصر إلى موضوع أو موقف محدّدين

3 ـ العصاب الهستريائي : ينقل فيه الحصر النفسي إلى الجسد : التحوّل الجسدي .

4 ـ العصاب الوسواسي القسري : ينقل فيه الحصر إلى سياقات فكرية نفسية قسرية وسلوكيات متعلّقة بها .

التنادرات العصابية

Iعصاب الحصر (أو عصاب القلق)

الحصر والقلق من أعراض كلّ الحالات العصابية ، حيث يتظاهران غالبا بأزمات ظرفية وبشكل عوائل عرضية أو حول موقف، أو موضوع أو فكرة معينة ، ويكون الحصر موجودا دائما في الخلفية النفسية على مستوى الصراعات النفسية اللاّشعورية . أما تظاهره في عصاب الحصر فيكون معمّما منتشرا بشكل ما يسمى القلق العائم ، فيتمثّل بإحساس تحفّز نفسي متوتّر دائم توقّعا لخطر غير محدد وتوجّسا يحيط بمختلف أنشطة الفرد ومشاعر لا أمن مستمرّة .

أ ـ منشأ عصاب الحصر وإمراضيته النفسية

توجد تربة مهيئة لعصاب الحصر ، يميل البعض إلى الإعتقاد بأنها تتمثّل في إستعداد بنيوي ، بينما يرى البعض الأخر أنها تنجم عن محيط منتج للحصر قام بتكييف الفرد في هذا الإتجاه منذ طفولته الأولى . ويُلاحظ أن الأشخاص الذين يعانون من هذا الإضطراب ، ينشأون غالبا في مناخ عائلي مليء بالقلق خصوصا لدى الأم مما يخلق لدى الطفل هشاشة نفسية وشعورا بالتبدّل العاطفي المستمر واللاّ أمن .

أما التربة القلقة التي توصف أحيانا بالشخصية القلقة فتتّسم بحالة قلقة دائمة يكون الفرد فيها متحفزا أو متوتّرا دون سبب ظاهر تنتابه الهواجس حول مصيره ومصير الآخرين . كما تكثر مشاهدة التظاهرات العصبية الإنباتية لديه كفرط التعرّق واضطراب المقوية الوعائية المحيطية والإستثارة والحساسية المفرطة .

إلا أن عصاب الحصر قد يتظاهر دون أن توجد علامات بادية على حالة قلقة وصفية ويحدث ذلك بتأثير عوامل وأحداث خارجية كحالات الفقدان والحرمان العاطفي وإثر أمراض عضوية وبمواجهة مهام ومسؤوليات ذاتية واجتماعية جديدة ممّا يعني أن حالة الحصر اللاّشعورية المرافقة للصراعات النفسية المكبوتة كانت كامنة تلقى تعويضا لها في بنيان دفاعي تلاؤمي هش لكنه فعّال بشكل مؤقت . وعندما ينهار هذا البنيان ينتقل الحصر إلى التظاهر العوضي كبديل عن صعود الصراعات النفسية إلى المستوى الشعوري .

ويرى « فرويد » أن الحصر ينجم عن صعود الإثارة الجنسية الجسمية دون أن يمكن إستيعابها نفسيا ، ممّا يحوّلها إلى حالة من الحصر والقلق اللذين ينجمان لديه إذن من استحالة التفريغ المناسب للطاقة الغريزية التي تصبح خطرا داخليا . لذلك فإنها تسقط إلى الخارج وتنقل إلى موضوع غير نوعي يصبح هو مصدر الخطر المتوقّع .

إلا أن « فرويد » يعتبر عصاب الحصر ، عصابا حاليا مثل الوهن العصبي ينجم عن اضطراب راهن في صرف الطاقة الغريزية ولا يفصله بشكل واضح مع الصراعات النفسية البدنية كما لا يفسر تظاهراته الجسمية . ونحن نرى عموما أن عصاب الحصر هو غالبا حالة انتقالية بدئية محدودة التمايز تظهر في عمر مبكّر عند تطابق النضج الجسدي الغريزي (الجنسي أساسا) مع نزعات ورغبات نفسية قديمة مكبوتة بشكل صراعات نفسية مما يدفعها إلى الظهور ، لكن بشكل منحرف ، كدفاعات مجسّدة (تتظاهر بالاضطرابات الحصرية الجسدية) تشكل درعا دفاعيا يقطع الطريق أمام تمايز أو إمكانية تنفيذ الدفعات الغريزية الأصلية . ويزول هذا الشكل الدفاعي عند تراجع مبررات وجودها (بعد انقضاء سن النشاط الجنسي) كما يتحوّل عصاب الحصر إلى تناذرات عصابية أخرى أكثر تمايزا تستقطب الحصر تحت شكل تظاهرات عصابية نوعية وذلك إثر تحقيق مناورة تلاؤمية جديدة مع النزعات المكبوتة . . .

ب ـ الدراسة السريرية لعصاب الحصر :

تكثر مشاهدة هذا العصاب خصوصا لدى الإناث وهو يظهر في أواخر المراهقة ولدى الكهل الشاب ويأخذ أشكالا عديدة ومتباينة قد تتغلّب عليها

التظاهرات النفسية ـ او الجسمية وهذه الأخيرة هي من أكثر دوافع مراجعة العيادة الطبية مصادفة لدى العصابي .

1 - الحالة القلقة :

تكون دائمة أو عابرة ، تتعلّق شدّتها ومدّتها بالعوامل الحافزة المحيطية والصراعية النفسية . والحالة القلقة العصابية هي العرض النموذج لهذا العصاب حيث تتمثّل في توتّر وتوجّس وإنتظار دون موضوع محدّد ، فهي تعطي للأحداث الصغيرة العادية حجما مفرطا يدفع المريض إلى التردّد والشكوك والمخاوف والوساوس المتعلّقة به وبصحّته وبمحيطه لذلك فهو مرتبط بالآخرين ، يبحث دائما عن التطمين والأمن العاطفي ولا يحتمل العزلة والإنفصال عن محيطه المعهود كما لا يحتمل التبدّلات والضغوط النفسية وفقدان محيطه العاطفي ممّا يحدث لديه إمتدادا للحصر والقلق .

2 ـ هجمة الحصر الحاد :

هجمة الحصر تظاهر حاد للحصر تتشارك فيه اعراض نفسية وجسمية . تطرأ الهجمة بشكل مفاجيء ودون سبب ظاهر حيث تحدث في أي ظرف كان وكثيرا ما تفاجيء المريض خلال الليل وتوقظه من النوم . وهي تتمثّل في حالة حصر عائم دون موضوع محدّد . فيشعر الفرد بخطر وشيك يحدق به دون أن يحدّده وتنتابه أحاسيس التفكّك وضياع الواقع ويشعر بالعجز والكرب . وتنتابه مخاوف الموت والجنون . . يكون المريض شاحبا متعرّقا متسرّع النبض في حالة فزع وهياج أو متهالكا يرجف رعبا بانتظار الكارثة . كما يشعر بخفقانات وضيق تنفسي واضطرابات بصرية وهضمية ودوار الخ . . . تدوم النوبة من دقائق إلى ساعات وتنتهي بشكل مفاجيء مثلما بدأت وهي قد تكون متعزلة وحيدة أو قد تتكرّر .

3 ـ عدائل الحصر وتظاهراته الجسمية :

كثيرة المصادفة وهي :

ـ تظاهرات وعائية قلبية ، نوبات خفقان ، نوبات تسرّع قلب ، خوارج إنقباض ، آلام قلبية ، نوبات إغماء .

- تظاهرات تنفسية : ضيق تنفسي ذو شكل ربوي كاذب ، فرط تهوية (تسرع تنفس) قد يؤدي إلى نوبات تشنجية ، نوبات سعال عصبي .

- تظاهرات هضمية : ثقل معدي ، تشنجات مريئية أو معدية أو معوية ، آلام تشنجية ، تشنجات مستقيمية ، نوبات فواق ، جوع أو عطش إحتسادي ، قمه ، إقياء .

- تظاهرات بولية تناسلية : آلام بطنية حوضية ، آلام مثانية ، بوال ، إضطرابات جنسية وظيفية .

- تظاهرات عصبية وحواسية وعضلية : صداع ، آلام قطنية ، آلام هيكلية ، نوبات رجفان ، طنين بالأذنين ، نوبات دوار ، أحاسيس لاتوازن بالمشية ، حكات جلدية .

- إضطرابات بالنوم : أرق ونوم سطحي مع تهيج ، تقطع النوم ، كوابيس . . .

- وهن يتزايد خلال النهار .

وتتطلب هذه الإضطرابات الجسمية إستبعاد الأسباب العضوية .

التشخيص التفريقي لعصاب الحصر :

1 - عن آفات عضوية : خناق الصدر ، إحتشاء القلب ، إحتشاء رئوي نوبة ربو . صرع صدغي ، فرط درق ، دوار دهليزي ، هبوط سكر الدم ، بورفيريا ، فيوكروموسيتوم ، . . . حيث قد تتظاهر هذه الآفات بما يشابه حالة حصر .

2 - أمام عديل جسمي للحصر لابد من إجراء الفحوص والتحريات السريرية والمخبرية اللازمة لنفي آفة عضوية .

3 - يجب تفريق العصاب الحصري عن حالات القلق التي تشاهد في العصابات المكتملة أي العصاب الرهابي ، العصاب الهستريائي ، العصاب السوامي - القسري .

كذلك عن الحصر الفصامي المرتبط بأحاسيس ضياع الشخصية والتفارق الإنفعالي العاطفي والأفكار الهذيانية غير المنتظمة المتعلقة بعدائية المحيط .

يجب أيضا تمييز حالات الكآبة والهمود القلقة والتفريق صعب ، إلا أنّ بعض الملامات تسمح بذلك كالعمر فالحالات الهمودية بعكس العصاب الحصري تصادف

غالبا بعد سن الخامسة والثلاثين وتشاهد سريريا أفكار ذنب وهبوط قيمة الذات كما تصادف سوابق شخصية وعائلية من نوع الهمود والإضطرابات المزاجية . في هذه الحالة لا تؤثّر مضادّات القلق على الأعراض الهمودية ويظل الخطر الإنتحاري قائما بينما تفيد مضـادات الهمـود ذات التأثـير المهـديء (لاروكسيل ، سورمنتيل ، لوديوميل ، ايلافيل ، Loroxyl , surmontil, ludiomil, Elavil) أما مضـادات الهمـود المنّشطة فإن استخدامها يزيد حالة الحصر والقلق وخـامة .

ـ يجب أيضـا تفـريق العصـاب الحصر عن تنـاذرات الفطـام في الإدمانـات الإنسامية خصوصا بالأفيونيات .

ج ـ تطوّر عصاب الحصر

تتّبع هذه الحالة العصابية عدّة أشكال تطوّر تتعلّق غالبا بالتأثيرات المحيطية والآليات الدفاعية المتمايزة التي تنجم عن تفاعلهامع الصراعات النفسية اللاشعورية لدى الفرد . ويمكن القول في هذا الشأن ان نوعية استثمار الفرد كجسده في ا لتعامل مع نزعاته الغريزية وبالتالي تبدّل سلوكه الجسدي تلعب دورا رئيسيا في نمط تطوّر عصاب الحصر .

قد يظل الشكل الحصري العام ثابتا كتظاهر عصابي فيكون تطوّره غير منتظم مع أطوار هجوع وأطوار إحتداد تتعلّـق غالبـا بالظـروف المحيطية كالضغـوط النفسية الاجتماعية والإرهاق والإفراط بالمواد المثيرة (تبغ ، كحول ، قهوة . . .) .

وقد يترقّى التطوّر إلى درجة معيقة تؤدي إلى الإنعزال الإجتماعي والإنطواء أو اللجوء إلى المعالجة الدواية الذاتية والإنسامـات المزمنـة بالباربيتـورات خصوصـا والإدمان الكحولي . كما أن فقدان التعويض أمام ظروف فقدان وحرمان عاطفي تؤدّي الى حالات همودية وقد تدفع خلال نوبات حصر إلى محاولات انتحارية .

تشير بعض الدراسات إلى أن ١٠٪ من المرضى يشفون بشكل كامل بعد عدة سـنوات ويتحسّـن ٧٠٪ منهم مع بقاء بعض الأعراض الخفيفـة . أمـا العشرين بالمائة المتبقين فتظل لديهم أعراض معيقة إجتماعيا .

ويشاهد أيضا تطوّر نوعي للعصاب الحصر الذي يكون في هذه الحالة مرحلة

أولى لتشكّل عصابي يتمركز فيه الحصر حول موضوع محدّد كالعصاب الرهابي ، والعصاب المستريائي و« العصاب المراقي » .

د ـ معالجة العصاب الحصري

أ ـ معالجة الهجمة الحصرية الحادة :

يعطى المريض هنا أدوية مضادة للقلق عن الطريق العضلي (فاليوم ، ايكوانيل) (Epuanil, Valium) والألبرازولام فعّال أيضا نوعيا إلا أنه يحدث إعتيادا وتحملا لذلك لا يلجأ إليه ، إلا عند فشل مشتقّات البنوديازيبين . . ويقوم الطبيب بدور تطمين وتهدئة كما يجب أن يبحث عن سببية مرضية حتى يحدّد موقفه التالي (كإحتمال هجمة نفاسية حادة ، ووجود خطر انتحاري . . .) .

ب ـ المعالجة العامة للعصاب الحصري :

1 ـ المعالجة الدوائية = تستعمل عموما المهدئات النبزوديازيبينية Valium) Tranxene) وقد اثبتت دراسة حديثة فعالية الإيميبرامين والفنلزين وهي مضادات همود مهدئة (تستعمل بمقدار 50 - 75مع ايوم) ويستعمل بعض المعالجين مثبطات أمين أوكسيداز (isocarbuxajide iproniazide) بمقادير محدودة متزايدة . . .

2 ـ المعالجات النفسية = لا يجب إعتبار الأدوية إلا معالجات عرضية ومدخل إلى المعالجة السببية والجذرية وهي متنوّعة منها :

ـ المعالجة النفسية الداعمة : التي تطرح مشاكل المريض الحياتية اليومية وتعمل على تطمينه ودعمه .

ـ المعالجة النفسية التحليلية .

ـ التحليل النفسي ـ التخديري = وذلك بتخفيف لجم المريض ومقاومته بحقن وريدي لبربيتورات سريعة الأثر قد تشرك بمنشط نفسي وتسمح للمريض باستخراج صراعاته النفسية والتعبير عنها . .

ـ العلاجات النفسية الجماعية .

ـ طرائق الإسترخاء النفسي ـ الجسدي .

ـ الطرائق العلاجية التحليلية التي تستخدم الطاقة الحيوية : العلاج النفسي الإنفعالي ، المعالجة بالطاقة الحيوية Bioenergy المعالجة بالصرخة البدئية Primal Scream .

ـ المعالجات السلوكية = التي تتداخل على الأعراض وتبّدل من خلال إلغائها التوازن الداخلي والتلاؤمي العام للمريض إلى وضع أفضل ومن هذه الطرائق منهج تثبيت الذات والمعالجة بالضبط الحيوي الراجع وهي طريقة حديثة الإكتشاف تمكن المريض من السيطرة على آلياته الفيزيولوجية والإرتكاسية وتعديل التوازن العصبي الإنباتي بتلقّي إشارات ومعلومات من أجهزة تُعطيه معلومات مستمرّة حول هذه الآليات . . .

11 العصاب الرهابي والحالات الرهابية

أ ـ مدخل عام

الرهاب حالة خوف حصري تنشأ أمام موقف أو موضوع لا يحملان في الحالة الطبيعية سمة الخطر . يختفي الرهاب عند غياب الموقف أو الموضوع ، مما يدفع الفرد إلى العمل على تجنّب الإلتقاء مع الموضوع أو الموقف (سلوكيات التجنّب) أو يسعى إلى أن يكون مرافقاً بشخص يثير إطمئنانه (سلوكيات التطمين) ويدرك أن مخاوفه هذه لا تعود إلى سبب منطقي .

تكثر مشاهدة الحالات الرهابية العابرة خلال النمو الطبيعي للطفل وهي لا تحمل قيمة مرضية ، ذات إعتبار ، في الغالب . كما تشاهد سمات رهابية خفيفة في الحياه اليومية ناجمة عن الإرهاق والتوتّر وضغوط الحياة وخصوصيات كلّ فرد (كحالات التهيّب والوجل والدوار . . .) أمّا على المستوى المرضي النفسي فتكثر التظاهرات الرهابية وهي تشابه في بعضها التجارب الطبيعية ، وتكون غالبا عابرة ومتباينة السمات حسب نوعية الإضطراب النفسي الأصلي . بينما توجد منظومة عصابية يشكّل الرهاب عرضها المركزي وتتظاهر سريريا حسب عدّة أنماط أهمها رهاب الخلاء والإحتجاز . وقد أطلق فرويد على هذا النمط العصابي تسمية « هستيريا الحصر » .

يمكن تفريق الرهابات النموذجية عن حالتين رهابيتين

1 ـ الرهابات « الكاذبة » في عصاب الحصر وهي تنجم عن تثبيت القلق العائم بشكل عابر على موضوع محدّد بآلية ترابط وهي كثيرة التبدّل ولا تحمل دلالة نوعية .

2 ـ الوساوس الرهابية : وهي تحمل صفة قسرية رغم سلوكيات التجنب كما تترافق بطقوس جبرية .

ب ـ الدراسة السريرية للحالات الرهابية :

تظهر الحالات الرهابية غالبا في سن الشباب وتشاهد لدى النساء أكثر من الرجال وقد تعقب تطوّرا عصابيا حصريا ، كما قد لا يسبق ظهورها علامات عصابية نوعية . وهي تشكّل تمركزا للقلق والحصر في موضوع أو موقف محدّدين وهي تترافق بأعراض جسمية كالصداع والإضطرابات العصبية الإنبائية والهضمية . كما ينتظم لدى الرهابي نمط سلوكي يستهدف إستبعاد الحالة الحصرية الرهابية ويتظاهر بعدة أشكال مثل :

ـ سلوكيات التجنّب : حيث يحقّق المريض عبرها إستحالة المواجهة مع الموقف أو الموضوع المنتج للرهاب فيعد مثلا الأشياء المثيرة للخوف أو يتهرّب من المواقف والأماكن التي يتظاهر فيها رهابة .

ـ ويستخدم الرهابي أيضا عوامل أمن وطمأنة لمواجهة الموقف المثير للرهاب كأن يحمل معه عصا أو مظلّة أو يترافق مع شخص آخر .

ـ يلجأ الرهابي أيضا إلى الكحوليات والأدوية المهدئة .

أهم الأشكال الرهابية

- 1 ـ رهاب الخلاء :

أكثر الحالات الرهابية مصادفة وإعاقة لدى الكهل ، تغلب لدى المرأة وتنشأ بين الثامنة عشرة والخامسة والثلاثين . تتمثّل في الخوف من الأماكن الواسعة والشوارع والمحلاّت العامة وقد تقترن برهابات أخرى خصوصا رهاب الإحتجاز : يصاب المريض في هذه المواقف بحالة ضيق وإنزعاج وحصر وأحاسيس دوار وخوف من الإغماء أو الموت وأحيانا أحاسيس إهتزاز الواقع وضياع الشخصية . وتزول حالة الفزع هذه ، إثر مغادرة سبب الرهاب . ويلجأ المريض دائماً إلى سلوكيات التجنب أو الطمأنة .

لا يوجد تطوّر ثابت لهذه الحالة الرهابية فهي قد تندثر خلال أقل من سنة أو تستديم محدثة إعاقة إجتماعية وهنية شديدة وتمّر غالبا بأطوار إحتداد وهجوع نسبي متعاقبة .

. تكون شخصية الرّهابي من النمط الخجول السلبي والمرتبط أو من النمط الديناميكي العدواني النشط وغالبا ما تلاحظ إضطرابات جنسية لجمية وعلامات عصابية أخرى .

2 ـ الرهابات الإجتماعية

تظهر لدى المراهقين والشبان من الجنسين بالتساوي ، ومنها رهاب التجمّعات ورهاب الإحرار والخوف من التحدّث أمام الأخرين ومن مراقبة الأخرين والخوف من الإمتحانات وهي رهابات موضّعة مستقرّة تدفع إلى سلوكيات تجنّب تشاهد الرهابات الإجتماعية كثيرا لدى المراهق الناشيء وتكون طبيعية وعابرة إلا أنها عندما تشتد وتستقر تصبح معيقة إجتماعيا .

تشاهد هذه الرهابات لدى شخصيات قلقة وخجولة وتعبّر غالبا عن تظاهر مشاعر ذنب لا شعورية ونقص ثقة بالنفس وكبت للرغبات الغريزية والعدوانية .

3 ـ رهاب الأدوات الحادة

حيث لا يجرأ المريض على لمس أدوات حادة كالسكاكين والأبر والمقصّات الخ ويصاب بحالة حصر شديد عند الإقتراب منها وخوف من الجروح والموت .

ومن الرهابات الأخرى .

ـ رهاب الأعالي . . يخشى الرهابي السقوط من الأعالي ويصاب بحصر ودوار .

ـ رهابات الحيوانات .

ـ رهابات وسائل السفر (القطار ، الباخرة ، الطائرة . . .)

ـ رهاب الإحتجاز الذي يكون أحيانا منفصلا عن رهاب الخلاء . . .

أعراض رهابية غير نوعية للعصاب الرهابي :

وهي تظاهرات رهابية تشاهد في إضطرابات نفسية أخرى منها :

ـ رهابات نموذجية تحدث في تشارك بين حالات عصابية كالعصاب الهستريائي الرهابي والعصاب الرهابي ـ الوسواسي .

ـ رهابات النزعة القسرية :

وهي ظهور حالة حصر عندما يوجد المريض أمام أدوات أو مواقف يتاح له فيها الاعتداء على ذاته أو على غيره كالخوف من إرتماء أمام سيارة أو قطار والخوف من القفز من النافذة والخوف من ضرب شخص آخر أو قتله (خوف الأم من الإعتداء على ابنها) تكثر مشاهدة هذه هذه الحالات في العصاب الوسواسي القسري ، إلا ان المريض لا ينتقل أبدا إلى الفعل (لا ينفّذ مخاوفه) وهو يعي اضطرابه . أما في هجمات الهمود الوخيم فتنجم هذه الحالات عن إتهام الذات ويكمن خطر الإنتحار وراءها .

ـ رهاب المرض :

كرهاب السرطان ورهاب السفيليس والخوف من أمراض القلب تشاهد لدى الأفراد القلقين بسبب إطلاعهم على معلومات طبية أو إصابة أحد في محيطهم أو حدوث اضطرابات صحّية خفيفة لديهم . وقد تأخذ شكلا هذيانيا في بعض الهجمات الهمودية . وهي عرض مركزي في الحالات المراقية العصابية والهذيانية .

ـ رهاب تشوه الجسد :

ليست رهابات بالمعنى الدقيق ، إذ أن المريض يقتنع بصحة مخاوفه إلا أنه يعاني حالة حصر وقلق بهذا الشأن . ويلجأ الى الأطباء لتصحيح التشوهات المزعومة . تشاهد هذه الرهابات خصوصا في بدايات الفصام وتتمركز أساسا حول الوجه (الأنف ، الأذنين الخ . . .)

ج ـ تطور العصاب الرهابي :

تتبع الرهابات حالة الحصر لدى المريض فتخفّ وتشتد طبقا للضغوط الداخلية والمحيطية التي يعانيها . إلا أن التشكّل الرهابي الذي يكون معدّداً في البدء

يميل الى التعمّم والتعدّد حيث أن الرهاب آلية دفاعية محدودة الجدوي في مقاومة الحصر . أما التطوّر المديد فيتباين حسب البنية النفسية للفرد اذ قد تخفّ الحالة الرهابية وتتراجع أو تستقر على هذا الشكل العصابي وتصبح معيقة لعدّة سنوات كما قد تكون طورا مرحليا في التطوّر العصابي حيث تنتقل إلى حالة عصابية حصرية أو حالة عصابية وسواسية ، قسرية أو إلى حالات مشتركة . كما تشاهد حالات همودية في السياق العصابي عند اشتداد الوطأة وانكسار المعاوضة .

د ـ آليات نشوء الرهابات :

١ ـ النظرية التحليلية النفسية :

درس فرويد الرهابات ، خصوصا في حالة الطفل « هانس » الشهيرة واستنتج انها تنجم عن آلية نقل تستهدف تنب بروز حالة صراعية . فالحصر يُنقل من المضمون الراعي المتعلق بالتناقض بين رغبة ومنعها إلى موضوع أو موقف يمثّلان هذا المضمون بشكل رمزي بحيث يشكّل ذلك دفاعا ضد الحصر كما يشكّل تقليدا لآلية الرغبة والمنع يرمز إلى معاقبة النزعة المقصاة . . .

2 ـ النظريات السلوكية :

تعتبر الرهابات إستجابات شرطية تنشأ في مواقف مثيرة للقلق والحر سواء عند تكرّر هذه المواقف أو عند حدوثها بشكل شديد مرة واحدة . كما يتمّ تعممّ إستجابات الحصر إلى المثيرات المشابهة للمثير الأصلي . أما عملية التجنب فهي تخفف الحصر إلا أنها تمنع حدوث سياق إندثار الإشراط كما يتعزز الإشراط أحيانا بالفوائد الثانوية .

هـ ـ معالجات الرهابات :

١ ـ المعالجات السلوكية : من أفضل المعالجات خصوصا في الحالات الرهابية المحدّدة والمنعزلة وتستعمل أساليب إزالة التحسّس المنهجي «لوولبي» ، والاغراق ، والتخيل الإنفعالي . . . الخ . . .

2 ـ التنويم الطبي
3 ـ الإسترخاء
4 ـ التحليل التخديري .
5 ـ المعالجات النفسية الداعمة والتحليلية والتحليل النفسي الكلاسيكي .

ويعتقد بعض الباحثين أن أفضل الطرق وأنجعها هي إشراك المعالجة السلوكية مع معالجة نفسية تحليلية .

اما المعالجات الدوائية المهدئة فتوصف في الحالات الوهابية المتعددة والشديدة وتستهدف مقاومة الحصر والتهيئة للمعالجة النفسية كما تستخدم في حالات انكسار المعاوضة الهمودي

العصاب الهستريائي (أو العصاب التحوّلي)

الهستريا مرض نفسي تاريخي يتميّز بحالة إرتداد وظيفي يتحوّل فيه الصراع النفسي الى تظاهرات وأعراض جسيمة ، لا تستجيب للقوانين التشريحية السريرية وتتناقض معها ، كما تكون متعدّدة الأساليب والأشكال بحيث يستحيل تحديد لوحة سريرية دقيقة لها .

ترتبط الهستريا ، كتظاهر عصابي ، سواء بأشكالها أو بوبائياتها ، بعوامل ثقافية ، اجتماعية وحضارية وقيمية واقتصادية ، خصوصاً وأن أعراضها «استعراضية» تستهدف دائماً المحيط ولا تظهر إلا أمامه ، كما تستمد منه منابعها ومادتها . لذلك يلاحظ الباحثون والأطبّاء النفسيون تراجع التظاهرات النموذجية للعصاب الهستريائي في المجتمعات المصنّعة بينما تتزايد وتظهر أشكال عصابية أخرى أما مجتمعات العالم الثالث ومنها المجتمع العربي فلا تزال الهستريا كثيرة المصادفة متنوعة التظاهرات فيها .

أما مجال التجلّي الهستريائي فيشمل به بعض الباحثين النوبات الإنفعالية العاطفية السلبية واحتدادات الغضب المسرحية وبعض الإرتكاسات العدوانية المضادّة للمجتمع (نوبات الاعتداء والتدمير) وحتى محاولات الإنتحار والإدمانات الانسامية .

مدخل تاريخي :

الهستيريا اضطراب معروف منذ القديم كان يعتبر مرضاً نسائياً يقتصر على

المرأة ، يعزى منشؤه الى تبدّل موضع الرحم في جسم (هيبوقراط) أما «غالين» فاعتبرها مرضا عضوياً رحميا يعود الى الحرمان الجنسي . أما في القرون الوسطى فنسبت الى السحر والتقمّص الشيطاني . وفي القرن السابع عشر ظهرت نظريات حول التوضع الدماغي للآفة بينما قدّم «سيد نسام» وصفا سريريا دقيقا للهستيريا .

خلال القرن التاسع عشر ظهرت نظريات المنشأ النفسي للهستيريا ودخلت في الصراع مع نظريات المنشأ العضوي توازيها النظريات المغناطيسية والطاقوية (مسمر ، شاركو ، فاريا) التي لقيت مساندة من التيارات العضوية أو النفسية . وعمل «شاركو» بأبحاثه على إثبات المنشأ العضوي للهستيريا بوجود «تلف ديناميكي» يكيّف الايحائية . إلا أن تلميذه «بابنسكي» دحض نتائج هذه الأبحاث بشكل نهائي وأثبت التناقض بين الباتولوجيا العصبية التشريحية والوظيفية وبين تظاهرات الهستيريا التي ربطها بالعامل الايحائي فاعتبر الهستيريا حالة من الإيحاء الذاتي مثل التنويم وإثر ذلك انطلقت الأبحاث الديناميكية النفسية حول الهستيريا «بجانيه» و«بروير» و«فرويد» .

2 الدراسة السريرية للتظاهرات الهستريائية

أ ـ دراسة عامة

يتظاهر العصاب الهستريائي لدى الجنسين وبنسبة أعلى لدى النساء ، لدى الفرد الكهل والشاب أي خلال سن النشاط التناسلي . تستقر الهستيرياء مع امتداد السن غالبا وقد تزول تظاهراتها ، الحادّة خصوصا . كما أنها قد تتحوّل في تطوّرها الى تناذرات مرضية أخرى كالحالات الهمودية .

ويمكن للهستيريا أن تتشارك مع حالات مرضية عضوية (كالصرع ، الكزاز ، والهستيريا الرضية : التناذر الإيحائي في الرضوض الدماغية ، هستيريا الحرب) . تنشأ الهستيريا على تربة شخصية عادية أو شخصية هستريائية غالبا .. وتتّسم هذه الشخصية بخصائص تظهر لدى الهستريائي أهمها :

1 ـ السلوك المسرحي «الهستيرة» حيث تظهر سلوكيات وتعابير إنفعالية وعاطفية تبدو مصطنعة ولا علاقة لها بمتطلبات الموقف ولا تلائم ضرورات الاتصال التبادلي .

2 ـ نقص النضج : نكوص انفعالي وبالشخصية وسلوك طفولي يتناقض مع العمر والموقع الاجتماعي .

3 ـ الارتباط : يحتاج الهسترياني الى ارتباط عاطفي عاطفي سلبي والى جمهور يتبادل معه علاقة إفتتان وإيحاء .

4 ـ الطفولية : يهتم الهسترياني غالبا بأشياء تافهة بأشياء تافهة يعلّق عليها أهمية كبيرة ويدخل من أجلها في صراعات وانفعالات وأحزان .

5 ـ الضعف والتبدّل الإنفعاليين : يتنقل الهسترياني سريعا من الضحك الى البكاء وبالعكس . ويبدي إفراطاً في الإنفعال الخارجي دون تفاعل داخلي حقيقي .

6 ـ ممارسة الجاذبية : يحاول الهسترياني بكل الوسائل فتن وجذب الآخرين ويسعى إلى نيل إعجابهم ويصبغ سلوكياته بطابع شهواني .

7 ـ العدوانية السطحية : لا يتجنّب الهسترياني المشاكل والصراعات بل يطلبها ويسعى اليها فهي نمط حياته وهو مشاكس يتحدّى الآخرين ويستفزهم ، سعياً إلى إحداث الضجيج وجلب الأبصار والاهتمام . ويكون سلوكه متسلّطا ويستعمل كلّ الوسائل للهيمنة والحصول على رغباته سواء بالنوبات الإنفعالية أو الضجيج أو المساومة العاطفية .

في العيادة الطبية يسعى الهسترياني الى جذب الطبيب واكتسابه عاطفيا ويبدي أمامه نوعا من الدلال والسوك الطفولي ، راغبا في علاقة ذاتية أبوية معه ، تكتسي صبغة شهوانية كما يبدي ثقته ويوحي في المرحلة الأولى بتحسّن أعراضه ويريد لا شعوريا من خلال ذلك ربط الطبيب عاطفياً به عبر العلاقة التحويلية إلا أن المرحلة التالية من الإتصال تبدي غالبا نكسا وهموداً ، حيث لا يتمكّن الهسترياني من تكييف علاقته مع الموقف الواقعي . ويتطلّب ذلك أن يكون موقف الطبيب محايداً وموضوعياً يتجنّب الاستجابة لنفوذ الهسترياني ومساوماته العاطفية .

ب ـ الأحداث والتظاهرات الجسمية الاحتدادية للهستيريا

يتجلّ هنا تحول الصراعات النفسية الى أعراض جسمية وسلوكية تمنع الألم النفسي عن المريض وتسمح له بتجنب معاناة الإنفعالات العميقة : وتشاهد هذه

التظاهرات لدى أغلب المرضى (أكثر من نصفهم) سواء كانت معروفة أو مقترنة مع إضطرابات أخرى وتتّخذ عدة أشكال متفاوتة الشدة :

1 ـ النوبات الهياجية الحركية الكبرى

نوبة شاركو الكبرى : تبدأ بالصراخ وصعود «كتلة هستيريائية» . . رحمية الى أعلى البطن ، ثم الحنجرة وتستمر بحالا ت تصلّب وارتجاجات وهياج أو جمود، وفقدان وعي وحركات غريبة واسعة وفقد حس وشعور بالإختناق وتستمر النوبة حوالي نصف ساعة ثم تعود المريضة الى وعيها بنوبة بكاء .
وتشاهد حالات قصوى من هذه النوبات بشكل جماعي وبائي في الحوادث والأحداث الكبرى وفي طقوس الشعوذة والايحاء الجماعي .

2 الأشكال الصغرى :

تتمثل في نوبات الهياج مع حركة جيئة وذهاب واسهال كلامي منفعل ونوبات بكاء ونوبات عصبية نوبة عجز وتحدّد مكاني نوبات ضحك عصبي ، نوبات فواق .
3 ـ نوبات اللجم : الإغماءات وفقد الوعي ونوبات التخشّب والفتور النومي .

جـ التظاهرات الجسمية المديدة للهستيريا

تنال هذه الإضطرابات خصوصا الأعضاء ذات الدور العلائقي والاتصالي كالجهازالحركي والحواس وجهاز التصويت والحس ، وتكون مزمنة أو حادة خلال النوبات .

1 التناذرات الحركية :

ـ إضطراب المشية ووضعيةالوقوف : تحدث خصوصا لدى النساء ، كثيرا ما تسبقها هجمات حصر وقلق ودوار و رهاب خلاء (خوف من الأماكن المتّسعة) أو رهاب الاحتجاز (الخوف من الأماكن المحصورة) . يصاب المريض بعجز وظيفي

عن المشي والوقوف إلا أنه يحرّك أعضاءه بشكل طبيعي عند التمدّد . يدوم هذا الأضطراب من بضعة أسابيع الى بضعة أشهر ويميل الى النكس .

ـ التناذرات الشللية : تحدث دون علامات تشير الى آفة عضلية أو عصبية . وتتظاهر بعدة أشكال تقلّد تصوّر المريض أو التصوّرات الشعبية الشائعة للأمراض إلا أنها لا تتطابق مع النموذج المرضي الدقيق ولا مع البنية التشريحية العصبية فتظهر بشكل شلل أحادي أو نصفي أو رباعي أو متناظر أو تنال قسماً من أحد الأعضاء وتدوم من بضعة أسابيع الى عدة أشهر .

ـ التناذرات التشنجية والتقلصية : ويجب تفريقها عن التشنّجات خارج الهرمية ، منها ما ينال بعض الأصابع «تشنّج الكتّاب» ومنها ما ينال طرفا بكامله أو الرقبة : تشنج الإلتواء (الأجل) وقد تحدث تشنّجات أو تقلّصات تدوم لعدة سنوات بحيث يظل العضو المعني بنفس الوضعية .

ـ الحركات الشاذة : حركات رقصية ، مرآت ، تقطيب وجهي ، نحنحة متكررة . . وتميل هذه الحركات الى النكس والإزمان رغم أنها لا تكون معيقة دائماً .

2 إضطرابات التصويت :

تتمثّل في فقدان الصوت الكامل واضطرابه كالكلام الهامس أو التأتأة واللجلجة أو الصوت المبحوح أو العوائي وتحدث غالبا إثر صدمة إنفعالية .

3 ـ الإضطرابات الحسية والحواسية :

ـ فقد الحس وفرط الحسّ : يكون فقد الحس شاملا أو موضعاً ، سطحيا أو عميقا ولا يتوافق مع التوزيع التشريحي الفيزيولوجي بل يتخذ كنهاً رمزياً . أما فرط الحس فقد يتواجد مع فقد الحس ويتوضع في نقاط محدّدة خصوصاً أسفل البطن (النقاط المبيضة) وقمّة الرأس ، كما تأخذ اضطرابات الحسّ شكل القفّاز والجورب في كثير من الحالات .

ـ الالام : كثيرة المصادفة (70% من المرضى) تؤدي الى عجز وظيفي مبالغ فيه وتدفع الهستريائي الى مراجعة العيادات الطبية وطلب مختلف أنواع المعالجات .

ومنها الصداع والآلام الحشوية والالام المفصلية . أما شدّتها ومدّتها فهي متفاوتة وتميل الى التعنيد بازدياد العمر .

ـ الاضطرابات الحواسية : من أكثرها مصادفة العمى الهستريائي الذي يميّز بأن المريض يصطدم بكل ما حوله إلا أنه لا يعرّض نفسه لإصابة بليغة ، كما تشاهد اضطرابات بصرية أخرى كالشفع وعشي البصر وهي أكثر مصادفة وإزمانا لدى الذكور . أما الصمم الهستريائي فيعقب الرضوض والصدمات الإنفعالية(الحروب، الحوادث) كما يشاهد لدى الذين يعتمد عملهم على حاسة السمع .

4 الأضطرابات العصبية الإنباتية :

كثيرة المشاهدة ويدعمها الإضطراب الوظيفي لهذا الجهاز الحسّاس لدى الهستريائي

ـ تشنّجات العضلات الملساء والمصرّات : التشنّجات المريئية التي تمنع التغذية ، الإقياءات الشديدة ، التشنجات التنفسية ، التنشجات المهبلية ، السعال العصبي .

ـ انتفاخ البطن والحمل الهستريائي الكاذب .

ـ الاضطرابات الوعائية الحركية والتنظيم الحراري كحالات الإبتراد والإزرقاق والوذمة تحت الجلد والنزوف النقطية والتعرّق . وبعض هذه الإضطرابات الشديدة موضوع بحث وجدل اذ يعزوها بعض المؤلفين إلى إستعداد عضوي يحتدّ بفعل الإضطراب الهستريائي . كما يعزوها بعض آخر إلى حالات تقليد المرض .

تشاهد أحيانا أعراض ارتدادية (تحوّلية) من النوع النفسي تتمثل في الجنون الهستريائي وتتظاهر مثل الفصام إلا أن المريض لا يفقد الإتصال بالعالم الخارجي بل يظل مرتبطا به (خصوصا في إظهار أعراضه) كما أنه يكون على مسافة من «هذيانه» .

د ـ خصوصيات وآليات الأعراض الهستريائية التحولية :

تتباين الأعراض التحولية ونماذجها حسب الزمان والمكان والمحيط الجغرافي والثقافي الاجتماعي . وتظهر في بداياتها غالبا في حوالي سن الخامسة والعشرين بينما

تنذر بعد سن الخامسة والأربعين أما امتداد الأعراض ونكسها فيرتبط بشخصية الفرد ودلالة العرض وما يجنيه من «فائدة» من ورائه .

ـ آليات الأعراض التحولية :

يلعب الإيحاء والتقليد دورا رئيسياً في تظاهر الأعراض التحوّلية الهستريائية ويثبت ذلك بالايحاء والتنويم الطبي والحالات الهستريائية الجماعية . أما توضع العرض فيتبع عدّة عوامل فقد يتوضع في ندبة جرح أو مكان رض أو آفة قديمة كما قد يقلّد آفة مرضية شاهدها المريض لدى شخص يرتبط به انفعالياً (التماهي) أو يتبع وصفاً سمعه المريض أو تقاليد شعبية وكذلك يتبع القيمة الليبيدية لبعض الأعضاء والوظائف ويأخذ بعض مواضع الجسم كمناطق استثمار شهواني حسب التطور الجنسي النفسي الطفلي . فالعرض يحمل قيمة رمزية تمثّل الصراع النفسي وتعبّر عنه ما دام مكبوتا فيؤدي الى تخفيف الحصر الناجم عن هذا الصراع بتحويله الى مجال جسدي مما يمثّل الربح البدئي بفعل استخدام الجسد في آلية الدفاع ضد الحصر والقلق من ناحية أخرى يسمح العرض بجني ربح ثانوي لما يدخله من تحوير على العلاقة مع المحيط ، يستهدف تلبية نمط من الرغبات اللاشعورية للمريض حتى وإن كان ذلك بأسلوب نكوصي لا يتلاءم مع كيان المريض وواقعه الراهن .

هـ ـ الأعراض النفسية والذهنية للهستيريا :

1 إضطرابات الذاكرة .

هي إضطرابات ذات منشأ نفسي منها :

ـ فجوات الذاكرة وحالات الوهل الإصطفائي وهي تتعلّق بمراحل وذكريات مشحونة بالإنفعالات (إحباط تسديد ، صدمات ، حرب ، حوادث) وقد ترافقها أحيانا أوهام ذاكرة وهذر (الذكريات المقنعة) .

ـ الوهل الطفلي المديد : حالة قليلة المصادفة من فقد ذاكرة أحداث الطفولة بكاملها وهي مميّزة للهستيريا وشكل من أشكال الوهل الفجوي أو الجزئي تتعلق أوهام الذاكرة المقنعة هنا غالبا بأحداث جنسية مختلقة كالإغتصاب والتجارب الجنسية .

ـ الوهل الإحتدادي الشامل حالة نادرة تتمثّل بالتشرد الوهلي .

2 ـ إضطرابات الوعي :

ـ حالات غروبية نادرة تتّسم بالإندهاش والغرابة دون تخليط حقيقي .

ـ الحالة الثانية أو المجانبة ويحدث فيها ضياع شخصية ونشاط نفسي شبه حلمي .

ـ حالة ازدواج أو تعدّد الشخصيات : حالة نادرة يعيش فيها المريض بشكل متعاقب ومتبادل عدّة شخصيات مختلفة لكلّ منها سماتها وخصوصياتها وتجهل كل شخصية وجود الشخصية الأخرى .

ـ تناذر «غانسر» : حيث لا يستجيب المريض لمحيطه بشكل طبيعي وتكون إجاباته الكلامية شاذة ومجانبة .

3 اضطرابات اليقظة :

ـ نوبات نومية وحالات فتور نومي وسبات كاذب وتخشّب تدوم لأيام أو أسابيع دون أن يتغيرّ فيها التخطيط الدماغي الكهربائي وتنتهي بنوبة تشنجية أو أعراض تراجعية وهي غالبا تدفع إلى استكشافات عصبية وجراحية لإلتباسها بالسبات .

ـ أطوار من السرنمة حيث يزدوج الوعي ويقوم المريض بسلوك وتمثيل أدوار وهو في حالة نوم قد تتعلّق بتجارب وأحداث اليقظة وتشاهد السرنمة المتنقلّة المقترنة بالتشردّ اللاواعي وهي تحدث غالبا خلال أو إثر موقف رضّي نفسي شديد .

4 إضطرابات الذكاء والملكات الذهنية :

وهي كثيرة المشاهدة حيث يعجز المريض عن الجهد الفكري ويصبح سلبيا وكلّ محاولة لدفعه الى النشاط الذهني تحدث لديه حالة حصر يكون هذا اللجم عابرا غالبا إلا أنه عندما يكون مديدا قد يلتبس بالتخلّف العقلي ويسمى إذّاك التخلف العقلي العصابي الكاذب إذ أن اختبارات الذكاء تكون طبيعية .

و ـ الأشكال السريرية للهستريا وتطوّرها

تصادف الهستيريا لدى النساء أكثر من الرجال الذين تكون لديهم ثابتة أحادية

الأعراض بينما تكون متبدّلة متعدّدة الأشكال متنوعة الأعراض لدى النساء اللواتي تتعلّق لديهن بعناصر عاطفية وجنسية وتتعلّق لدى الرجال بعناصر مهنية جّماعية ورضية جسدية أو نفسية بالحروب والحوادث .

تتظاهر الهستريا وتتطور بشكل حوادث تحوّلية منفصلة منعزلة أو متكررّة متباينة التنوع والتبدّل ومحدودة الإعاقة . وتتطور أحيانا أخرى بشكل مزمن يؤثر على الموقع الإجتماعي للفرد ويعيقه في وظائفه .

تتراجع الحوادث التحوّلية وتندر بالتقدم في السن وتأخذ محلها الشكاوي الألمية والحالات الهمودية المراقية .

نشوء العصاب الهستريائي وتطوّره السريري :

تظهر العلامات العصابية في عمر مبكر كالإيحائية والنوبات المصبية والضعف الإنفعالي والسلوك المسرحي وثراء الخيال .

كما تظهر اضطرابات غذائية في الطفولة أو المراهقة فيشاهد قمة ونحول مع إضطرابات وظيفية بالجهاز الهضمي .

وتعاني المرأة الهستريائية من برود جنسي وتشنّجات مهبلية قد تترافق بالنفور من النشاط الجنسي أما لدى الرجل فقد يشاهد القذف المبكرّ أو العنّة .

يدفع القلق والآلام والوهن المريض إلى الإفراط بإستهلاك الأدوية ومعايدة الأطباء .

أما الحوادث الهستريائية فقد تكون شديدة ومعيقة وتتراوح من عدة أيام إلى عدة سنوات .

وتتطوّر الهستريا تبعا للتطوّر العلائقي مع المحيط الذي يظلّ دائما طرفا ليس في نشوء المرض فحسب بل وفي تظاهراته واستمراره . إذ كثيراً ما يتشكّل توازن بين العرض العصابي وأسرة المريض يسمح له بجني فائدة وهمية ويغذي بقاء العرض بحيث كثيرا ما يزول العرض سريعاً عندما يتبدّل هذا التوازن بشكل يفقد التظاهر الهستريائي مبرّر وجوده .

3 إشكالات التشخيص والتشخيص التفريقي للهستيريا

تتميّز الهستيريا بأنها «المقلد الأعظم» لجميع الأمراض لذلك لا بد من الحذر والتحرّي إذ أن الأخطاء الطبيّة كثيرة ووخيمة في هذا المجال خصوصا على المستوى العضوي لذلك لا بد من مراعاة بعض القواعد التي تسمح بتمييز الأعراض والتظاهرات الهستريائية عن الأعراض والآفات العضوية ومنها :

١ ـ السمات الخاصة للتظاهرات الهستريائية فهي لا تتوافق مع المعطيات التشريحية المعروفة وكما أنها تتطوّر بشكل متبدّل ومتناقض بينما لا تكشف إضطرابات موضوعية بالفحص السريري . أما الإضطراب أو العجز الوظيفي فلا يكون متطابقاً مع السببية الظاهرة . كما أن الأعراض يمكن أن تنتقل بالعدوى الإيحائية كما يمكن أن تزول مؤقتاً أحيانا بالإيحاء .

2 ـ لا يجب إهمال أن الهستريا تتواجد أحيانا مع اضطرابات عضوية أو آفات مرضية قديمة تثبت بشكل وظيفي . كما أن الهستريائي معرّض كغيره للإصابة بأي مرض أو آفة عارضة .

3 ـ لا يجب الاكتفاء بالتشخيص البدئي للهستريا بل يجب إجراء فحص عضوي وعصبي كامل كذلك إجراء الفحوص المتممّة الملائمة كالاختبارات النفسية وتخطيط الدماغ الكهربائي والصور الشعاعية والإستكشافات المخبرية .

ومن الآفات العضوية الشائعة الإلتباس مع الهستيريا . الصرع الصدغي ، الأورام الدماغية ، التصلّب اللويحي وبعض الأمراض الإستقلابية كالبورفيريا وهبوط كلس الدم وهبوط السكر الدموي ونقص بوتاسيوم الدم .

التشخيص التفريقي الحدودي للهستيريا

---

١ ـ الهستيريا والآفات العضوية الدماغية :

يتقارب تعبير بعض الآفات الدماغية بشدة من الهستيريا كعقابيل بعض إصابات قاعدة الدماغ الإلتهابية والاضطرابات الحركية الانسهامية المزمنة (كتلك الناشئة عن المثبطات العصبية وهي تتأثر أيضا بالإيحاء) .

كذلك يقارب الصرع النفسي الحركي الأعراض الهسترياثية الحادة (النوبية) كما أن الصرعي قد يبدي تظاهرات عصابية هسترياثية ترافق نوبته الاختلاجية .

2 ـ الهستيريا والاضطرابات النفسجسمية

كان الباحثون يفرّقون بين التحوّل العضوي الهسترياثي والإضطرابات السيكوسوماتية التي تتضمّن آفات عضوية ووظيفية حقيقية وموضوعية ثابتة إلا أن المؤلفين المحدثين لاحظوا تقارباً بين الشخصية الهسترياثية وبعض أنماط الشخصية السيكوسوماتية خصوصا في الحالات الألرجائية من المنشأ النفسي .

3 ـ الهستريا وهستيريا القلق أو الهستيريا الرهابية

وضعها فرويد منذ بدايات هذا القرن حيث تتماثل الهستيريا القلقية بنيويا مع الهستيريا التحولّية وهي تتمثّل في مركزة شديدة للمحصر حول موضوع رهابي مع تظاهرات أزمية للفزع باضطرابات سلوكية ووظيفية وعصبية انباتية حادة .

4 ـ الهستيريا والتقليد أو التصنّع

التصنّع والتقليد عمل واع ومقصود يقصد به الفاعل خداع الآخرين وجني ربح من ذلك بينا تنطلق الهستيريا من آليات لا شعورية لا يسيطر عليها الفرد . وقد تلتبس الحالتان وتتقاربان أحيانا إلا أن مراقبة التطوّر ودراسة شخصية المريض والملابسات المحيطية تسمح بالتمييز . .

4 ـ المنشأ المرضي والآليات النفسية للهستيريا

كان «جانيه» أوّل من قدّم تفسير ديناميكيا نفسيا للنشوء الهسترياثي ، فاعتبره نتاجا لضعف التحليل والتركيب النفسيين السويين وتضيّقا في مجال الوعي بحيث يوجد لدى المريض نزوع إلى تجزّؤ الشخصية . كما أنه بفعل هبوط التوتر النفسي يميل في حالة شبه تنويمية إلى آلية نفسية تتظاهر فيها أفكار وصور ثابتة يعيشها بشدّة ويحققّها على جسده .

أما «فرويد» الذي درس الهستيريا بعمق مع بروير فقد توصل إلى أن الإيحاء

ليس خارجيا بل يتأتى من بنية نفسية باطنة هي اللاشعور . فالتظاهرات الهسترىائية هي انبلاج رمزي لرغبات ونزعات مكبوتة تراجعت إلى اللاشعور بفعل صراعات نفسية تعود إلى الطفولة تتمحور حول الأزمة الأوديبية والخوف من الإخصاء كعقاب على الرغبات الجنسية . بحيث يشكل العرض الهستريائي ، في مرحلة لاحقة ، توفيقاً بين الرغبة والتحريم وبين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع . بحيث يحقق العرض الهستريائي الرغبة بشكل مقنّع عبر آليات نفسية تشابه آليات النشوء الحلمي كالتكثيف والنقل والتبادل والتماهيات المتعدّدة ، وعبر ذلك يتّم تجاوز الحصر المرافق للرغبة الأصلية المقصاة . . لكن «فرويد» ظلّ حائراً أمام هذه القفزة من النفسي الى الجسدي وعلّل آلية التحوّل بأنها تحدث عندما يوجد توافق بين الإستعدادات الجسدية والصراع النفسي .

إلا أن الباحث بالتحليل النفسي «سامي علي» يمفصل بين الجسد والجهاز النفسي بنظريته حول الثنائية : الجسد الواقعي والجسد الخيالي منطلقاً من إعطاء أهمية جوهريةلوظيفة الخيال والآلية الإسقاطية في الديناميكية النفسية والنفسجسمية فيرى أن الهستريائي يستثمر طاقته النفسية في الجسد الخيالي وليس في الجسد الواقعي وذلك عبر السياق الحلمي وبالإسقاط الذي يؤدّي الى إنتاج صور جسدية مشتّقة من تجارب حسية وحواسية ، بصرية خصوصا . فيتأتى الإضطراب الهستريائي من تجزؤ في الوعي ، يسميه «بروير» الحالة شبه التنويمية ، ويؤدّي الى إنفصال صورة العضو المعني عن التمثّل بحيث يصبح جزءاً من تمثل آخر يتظاهر بلغة جسدية ، إذ أن قسما من الطاقة اللاشعورية يستثمر ويتموضع في وظيفة العضو المنفصلة عن باقي التمثّل الجسدي .

5 معالجات الهستريا

تمثّل الأعراض الهستريائية تحقيقا رمزيا لرغبة مقصاة إلا أن هذه الرغبة علائقية تستهدف الآخر . لذلك فان الطبيب يكون منذ البدء طرفا في الشبكة الهستريائية ممّا يتطلّب منه الدخول في موقف علاجي منذ المقابلة الأولى بأن يعي تحويله المعاكس (إرتكاساته الشخصية واللاشعورية) ولا يتصرّف بشكل ذاتي يمكن أن يدعم الأعراض أو يزيد الصراعات النفسية والعلائقية شدّة . وفي تعامله مع

الشكوى العرضيّة، إن هو أكّد أن التظاهـرات الهستـريائية لا تتأتّـى من آفـات أو إضطرابات عضوية فيجب أن يشرح أن هذه الإضطرابات تنجم عن آليات أخرى ولا يوحي بأنها مجرّد تصنّع أو تقليد .

أما الطبيب العام فيجب أن يدرك ضرورة التوجيه السريع للهستريائـي الى الأخصّائي تجنبا لمعالجات ومداخلات عضـوية تزيد الحالـة النفسية شدّة ووخامـة إضافة إلى ضررها العضوي .

كان «فرويد» و«بروير» إضافة الى «جانيه» أول من تعامل علاجياً مع العصاب الهستريائـي بمدخـل علمـي منهجي حيث إستخدمـا التنـويم الطبـي في معالجة الحالات الهستريائية ورغم أن «فرويد» ترك هذه الطريقة وإنطلق إلى بنـاء نظـرية التحليل النفسي الأكثر عمقاً في مفعوله العلاجي والإستكشاف من التنويم . إلا أن هذا الأخير لا يزال أسلوبا مستخدما وفعّالا في العصابات الهستريائية خصوصا عندما لاتكون الأعراض قد تثبتت بشدّة وأصبحت مزمنة وعندما لاتوجد دفاعات طبعية مفرطة الصلابة . .

من الطرق العلاجية الأخرى الصدمـة الانفيتـامينية التـي تحـدث انفجـاراً إنفعالياً وتوصف في التظاهرات الحركية حيث تحدث إختفاءً سريعا للأعراض .

أما التحذير التحليلي فيفيد في الهستيريا الحادة ما بعد الرضية وبعد الحروب حيث يسمح بتخفيف درجة الوعي والكبت فيتم إسترجاع الحدث الراهن وتحليله .

تفيد هذه الطرائق في تخفيف الأعراض خصوصا بينما تعمل العلاقة العلاجية النفسية المديدة بنقل المريض من تظاهراته المرضية السطحية إلى عمـق صراعاتـه النفسية وآليات نشوءها مما يسمح له بفهم تمفصلها مع الأعراض ويدفعه إلى اختيار تدريجي لأسلوب علائقي أكثر توازناً وجدوى بالنسبة له ولغيره وبالتـالي تغيير بنية شخصيته باتجاه إيجابي ولتحقيق هذا الهدف يمثّل التحليل النفسي للهستريائي وشدّة نكوصه العاطفي ـ الإنفعالي ، ممّا يتطلّب إذاك اللجوء ، في مرحلة أولى على الأقل ، إلى علاقة علاجية نفسية أقل جـذرية ، وإن كانـت تحليلية لكن بأسلـوب وجـه لوجه ، تعمل أساسا على دعم الأنا وتعزيز مواجهتها لمهامها الرّاهنة .

من ناحية أخرى قد يفيد عزل المريض عن محيطه إذ أن الوسط الأسروي .

الاجتماعي قد يكون طرفا في تظاهر الأعراض ويعززّها بآستجاباته الخاطئة بحيث أن إزالة هذه الاستجابات يلغي الجدوى (النفع الثانوي) وبالتالي المبرّر المباشر لوجود هذه الأعراض .

أما المقاربة الدوائية فتستخدم لإزالة حالات الحصر والقلق والمواقف الصراعية بوصف المهدئات . كما توصف مضادّات الهمود والمنشّطات النفسية في حالات الإرتكاس الهمودي .

العصابات الرضية والإرتكاسية

تنشأ العصابات الإرتكاسية عند تعرّض الفرد لصدمة رضية نفسية أو جسمية شديدة وتشاهد في الحروب والكوارث وكذلك في حالات الإعتداء والحوادث والصدمات النفسية .

أ ـ الدراسة السريرية :

تتمثّل اللوحة السريرية للعصابات الإرتكاسية في :

1 ـ فيضان انفعالي : نوبات رجفان ، نوبات بكاء ، هياج غير منتظم ، هجمات عدوانية ، فرط استثارة حواسيّة .

2 ـ حالة ذهول وانهيار وفقدان مبادرة .

3 ـ حالة قلق وحصر وأعراض غير نوعية حسب شخصية المريض ، من النمط العصابي ، رهابية ، هستريائية ، وسواسية قسرية ، مراقية .

4 ـ إضطرابات وظيفية : وهن ، آلام ، إضطرابات عصبية إنباتية ، صداع . .

5 ـ حالات همودية وتظاهرات عديلة ومشابهة كالانطواء على الذات والخمول ، وهبوط اليقظة وتدني قيمة الذات ومشاعر الذنب والقمة والأرق .

6 ـ ظواهر تكرار :

ـ أفكار وسواسية وعرّات ، وحركات دفاع ونوبات غضب .

ـ كوابيس متكررة تستعيد الحدث الرضي بهدف ضبطه واستيعابه دون جدوى

ـ ازدياد الأعراض أمام مواقف تذكر بالحدث الرضي .

7 ـ تبدلات بالشخصية : يشاهد لدى المريض حالة نكوص وآليات إسقاط وتحوّل جسمي ، فيصبح سلبيا مرتبطا ذا سلوك طفلي يطلب الأمن والإهتمام وذا سلوك احتجاجي ومُطالِب .

الأشكال السريرية والتطوّرية ———————————————

قد لا تتجاوز الحالات الارتكاسية العصابية الأيام أو الأسابيع إلا أن العصاب الرضي قد يترسخ ويستقر بعدة أشكال :

1 ـ الوهن العصبي ما بعد الرضي : إرهاق وشكاوي مراقبة .

2 ـ الهستيريا ما بعد الرضية : تكون أعراضها مشتدّة ومعيقة .

3 ـ التبدّل الطبعي بشكل نكوصي واحتجاجي .

يكون الإنذار أشد في الأعمار المتقدّمة حيث تستديم الأعراض الوظيفية والإضطرابات الطبعية .

كما تشاهد حالات إفراط بالاحتجاج والمطالبة بالتعويضات وهي تنشأ عن عوامل نفسية إجتماعية وتتطلّب التفهّم والمعالجة على المستويين النفسي والاجرائي إذ لا تنجم كما يعتقد البعض عن محاولات تزييف وخداع . . .

ب ـ العوامل النشوئية للعصاب الإرتكاسي :

تتظافر هنا عناصر الرضّ ذاته وخصائص شخصية المريض والعوامل الإجتماعية وتتمثّل على المستوى النفسي في أن الفرد يواجه موقفا يحبط وسائله الدفاعية العادية بشكل حاد يعرّضه للخطر الشديد ممّا يستوجب تفكيكا آنيا لهذه الآليات وبناء آليات دفاعية جديدة تأخذ شكلها نكوصياً .

أما أنواع الرّض فتكون رضا نفسياً مفاجئاً وشديدا ، أو ضغوطا نفسية وجسدية متكررّة تتجاوز في النهاية طاقة تحمّل الفرد . أو رضا جسديا يحيط غالبا بمنطقة ذات أهمية ودلالة رمزية (الرأس ، اليد . . .) .

ـ شخصية المريض : تلعب هشاشة التوازن النفسي للفرد دورا رئيسياً في

تشكل العصاب الرضي . إلا أنه لا يجب التقليل من شأن الرضّ ذاته حيث قد يتأثر أشخاص أسوياء برض معينّ بينا لا يتأثر به أفراد عصابيون .

لذلك لا بدّ من ربط الحدث بالصيرورة الشخصية للفرد لفهم دلالات إرتكاسة أمام الرض الذي يتمفصل مع أحداث سابقة وآليات وصراعات شعورية ولا شعورية .

من ناحية أخرى تلعب دورها عوامل الإرهاق والإضطرابات العلائقية والتناقضات والصراعات مع المحيط ومشاعر الذنب (كوفاة زميل عمل أو رفيق بالحرب . .)

توجد أيضا عوامل محيطية قد تشجّع نشوء الحالة العصابية الرضية كسلوك مفرط القلق والعناية والتعاطف حول المريض مما يسهّل نكوصه الطفلي وجني الفوائد العاطفية من هذا الموقف . كذلك يؤثر موقف الطبيب عندما يضخّم الحالة المرضية أو يهمل العناصر النفسية ويقلل من شأن الأعراض مما يحدث لدى المريض ازديادا بالاضطراب . .

جـ ـ معالجة العصابات الإرتكاسية والرضية :

يكون الإنذار أفضل بمقدار ما يكون العلاج سريعاً فيجب إبعاد المريض عن الأحداث والمواقف المثيرة للإرتكاس العصابي ومعالجة الأعراض مباشرة بالمهدئات ومضادات الهمود . ويعمل على تجنب الإستشفاء المديد حتى لا يحدث إرتباط ونكوص عاطفي . ويجب أن يكون التعامل الطبي مع المريض باعثاً على الثقة ومطمئناً فيأخذ شكلاً علاجياً نفسيا داعما مع شرح ملائم ومنسجم حول الحالة والفحوص المتعلقة بها .

أمّا التحليل التحذيري والتنويم الطبي فقد قدم نتائج جيدة خصوصا على مستوى عصابات الحرب والحالات المشابهة .

العصاب الوسواسي ـ القسري

أ ـ مدخل عام :

يعتبر العصاب الوسواسي النموذجي ، الشكل العصابي الأكثر اكتمالا وانتظاماً ويرى فيه عدد من الباحثين النوع الأكثر وخاصة بين العصابات ويذهب بعضهم الى اعتباره شكلاً وسيطاً بين الحالة العصابية والحالة النفاسية .

تشتقّ الكلمة اللاتينية الموافقة للوسواس من كلمة «المحاصرة» يعرّف العصاب الوسواسي القسري بأنه حالة عصابية تنشأ فيها أفكار وتطورات واستيهامات وسواسية ونزعات قسرية تسيطر على التفكير . ويحدث ذلك في سياق شخصية واهنة نفسيا أو وسواسية ودون وجود اضطرابات نفسية دائمة من نوع آخر . كما ينشأ هذا العصاب دون أن تسبقه تظاهرات مرضية أو إضطرابات شخصية ملحوظة .

تشاهد تظاهرات وسواسية طبيعية تشتد خلال بعض أطوار نموّ الطفل خصوصا في أواخر المرحلة الشرجية (بين سن الثالثة والرابعة) ويسميها فرويد الطور الوسواسي الانتقالي . ويلعب المحيط الأسروي بضغوطه وتقاليده وعاداته وسماته النفسية الإجتماعية دوره في تطوّر هذه النزعات . كذلك قد تتظاهر بعض النزعات الوسواسية الخفيفة لدى الكهل عند إشتداد الأزمات ووطأة المحيط عمّا يتجاوز درجة تحمل الحصر بالآليات الدفاعية الأنوية العادية . أما الحالات الوسواسية القسرية المرضيةفهي تتفاوت في أشكالها وشدّتها فهي قد تشكّل جزءاً من الآليات الدفاعية في عصاب الحصر أو العصاب الرهابي خصوصا في أطوار عابرة مرتبطة بالوطأة

المحيطية. كما قد تتنمذج وتستقرّ بشكل عصاب وسواسي أورو قسري وصفي تتفاوت شدّته وخامته ، من أشكال وسواسية خفيفة حتى أشكال شديدة . تقارب بعض خصائص النفاس والفصام وتعيق الفرد وأنشطته المهنية والإجتماعية .

ويعتبر التصنيف الأمريكي DSMIII الحالات الوسواسية ـ القسرية قسماً من تظاهرات إضطرابات القلق .

تعرّف الوساوس بأنها أفكار متكرّرة تغزو التفكير ولا تخضع للإرادة ، يعتبر الفرد مضمونها أو تكررّها وسيطرتها أمراً سخيفاً وغير منطقي ويبذل جهد لإستبعادها دون جدوى أماالسلوكية القسرية فهي سلوكيات متكرّرة غير ذات جدوى منطقية ولا يمكن مقاومتها . . . .

ب ـ الدراسة السريرية للعصاب والحالات الوسواسية والقسرية

دراسة الحالات الوسواسية والقسرية

---

1 الآلية الوسواسية

تتمثّل بفكرة تغزو التفكير وتفترض غالباً بعض المخاوف .تكون شاذة وغريبة ، وتأخذ شكلا طفيلياً مقلقاً يحاصر الفرد فتثير لديه الحصر والإنفعال رغم أنه يدرك لا منطقيتها وسخافتها . تأتي الوساوس من باطن المريض ولا علاقة لها بالأهلاس وهو يقاومها دون جدوى فينتهي بالإستسلام لها ويعمل عل تخفيفها بأعمال قد تأخذ أحياناً شكل طقوس وسلوكيات قسرية تقترن بالأفكار الوسواسية . وفي كلّ الحالات تمر الأفكار الوسواسية بحلقة مفرغة إن تبدأ ببروز الفكرة ثم القيام بعمل ما علاقة لتخفيف ضغطها ثم الشكّ ثم عودة هذه الفكرة الوسواسية من جديد . . . بحيث توجد علاقة جدلية بين الشكّ ونزعة الكمال لدي الوسواسي . تأخذ الحالات الوسواسية وقت المريض وجهده ويمكن إعتبارها نوعاً من المتعة. المازوشية الغريبة من خلال نرجسية المريض وتمركزه على ذاته .

٢ ـ الطقوس والسلوكيات القسرية

هي سلوكيات وأعمال يقوم بها الشخص لتخفيف حالة قلق متصاعدة

ولا يستطيع الامتناع عنها . رغم أنه يدرك ما تتّصف به من لا منطقية وسخف . وما تجلبه له من ضيق وعرقلة ويتمّ ذلك بشكل متكرّر وطقسي . تكون هذه الأعمال عادة غير مؤذية ، إلاّ أن تكررها المستمر يعرقل أنشطة الشخص . وهو يحاول غالباً إخفاءها ويخجل منها . تكون الطقوس غالباً وسيلة يتبنّاها المريض بشكل شبه إرادي في البداية لتخفيف الحصر أمام موقف معين أو لاستبعاد أفكار وسواسية إلا أنها تنضمّ إلى السياق الوسواسي القسري بذاتها (وهي كتكرار كلمات محددّة ، قبل البدء بعمل أو العدّ إلى رقم معين قبل إتخاذ قرار . . . الخ . . .) أما السلوكيات القسرية فهي إمّا مستقلة بذاتها أو تنجم عن الأفكار الوسواسية .

3 مواضيع الوساوس والطقوس والسلوكيات القسرية :

أ ـ مواضيع النظافة والصحّة والأمن والأخطار الخارجية : كالوساوس والطقوس المتعلّقة بالأوساخ والعدوى المرية (تكرّر غسل اليدين) وإغلاق الأبواب والإنارة النادرة والغاز والوساوس حول الحرائق والأدوات القاطعة والأماكن العالية .

ب ـ المواضيع الدينية والفلسفية والأخلاقية : كالخوف من إرتكاب المحرّمات والنطق بكلمات كفر والتساؤلات الوسواسية حول وجود الله وحول مواضيع فلسفية وما ورائية والمخاوف الوسواسية من النظام والقانون .

ج ـ الوساوس الحسابية حيث يعيد الوسواسي حساباته عدة مرات

د ـ وساوس الدقة : يكون الوسواسي دقيقاً ، يسعى إلى إستكمال أعماله يبحث عن التفاصيل ولا يرضى بالنقص فيعيد من جديد ما بدأ به ويسعى إلى الترتيب والنظام المفرطين سواء تجاه ذاته أو ما يفرضه على الآخرين كما يتمسّك بممتلكاته ويحصيها ويعدّها ويراقبها ويحميها . كما يكون أيضاً منظّماً ومرتّباً على المستوى الفكري ينظّم برنامج أوقاته ويضبط مواعيده ، تناله الوساوس بشأنها ويستعيدها باستمرار في تفكيره الذي يقسمه إلى مناطق منظّمة وممنهجة بشكل آلي ، كما يسعى إلى تحليل الأفكار المجدّدة والتعبير عنها بدقّة مفرطة لحتّى تصبح معقّدة ومختلطة . ويعمل على السيطرة على الزمن الماضي (الذكريات) والحاضر والمستقبل ويُلاحظ أنه رغم سعيه

للدقة والكمال فهو يخشى إكمال عمل ما ويسعى إلى تمديده بإعادته والبحث في تفاصيله .

هـ ـ الوساوس المعرفية وهي تساؤلات وشكوك وسواسية حول مظاهر الأشياء والقوانين الفيزيائية والحيوية والطبيعية (مثلا : لماذا تشرق الشمس من الغرب ؟ لماذا يمشي الإنسان على قدمين وليس على أربعة؟ ماذا يحدث لو ينهار قانون الجاذبية الخ . . .) .

4 ـ النماذج الوسواسية

أ ـ الوساوس الرهابية

وهي أفكار وسواسية متكرّرة تنشأ عنها حالات رهابية ، إلا أن الخوف والحصر يظلان موجودين حتى في غياب الموقف أو الموضوع بفعل الوساوس وهي تنال خصوصاً مواضيع المرض والإنسمام والإتساخ وسلامة الجسد وتدفع إلى طقوس وسلوكيات قسرية كالحسابات والتنظيم والنظافة المفرطة وسلوكيات التجنّب الشاذة .

ب ـ الوساوس حول السلوك القسري : رهابات النزوات القسرية

حيث تنتاب الفرد وساوس ورعب من أن يندفع رغماً عنه إلى إرتكاب أعمال قسرية لا منطقية ـ أولا أخلاقية أو إجرامية الخ . . . مثلاً أن يقفز من النافذة أن يقتل أحداً أو ينزع ثيابه في الشارع أو يبصق بوجه أحد المارّة أو ينطق بكلمات لا أخلاقية وفاحشة الخ . . . إلا أن المريض لا ينفّذ أبداً هذه الأعمال بل لا يتجاوز الأمر الحالة الوسواسية وما يرافقها من حصر .

ج ـ الوساوس الفكرية :

كانت تسمّى «جنون الشك» وهي تتمثّل بأفكار وسواسية إجترارية ، لايتمكّن الفرد من التخلص منها سواء تمثلت في إستعادة تجاربه ومعارفه ومشاريعها وتقليبها على جميع الوجوه واستخراج ما تحتويه من نواقص وأخطاء وعيوب وإعادة

تفكيكها وتركيبها دون نهاية أو تكون الأفكار الوسواسية نوعية متعلقة بأحد المواضيع التي ذكرناه سابقاً والتي تأخذ أحياناً شكلها شاذاً وغريباً . وتكون هذه الأفكار مترافقة بالقلق والتوتّر وتدفع إلى مختلف الطقوس والمناورات للتخلص منها دون جدوى .

5 - أنوع الطقوس والسلوكيات القسرية :

تستهدف الطقوس إستبعاد بعض الأفكار والمخاوف والرهابات أو تعبّر عن النمط السلوكي الوسواسي المتصلّب منها طقوس ذهنية كترديد بعض الكلمات أو العبارات أو الأرقام أو الخيالات وقد تصل إلى مناورات فكرية معقّدة كإجراء عمليات حسابية معقّدة والإعتماد على نوع نتائجها لاستبعاد المخاوف أو إتخاذ القرار الخ . . . ومنها طقوس سلوكية كغسل اليدين عشر مرات متتالية أو القيام يومياً بسلسلة من الأعمال المعنية قبل البدء بالنشاط العادي . . . كما تشاهد طقوس القيام من النوم وطقوس ارتداء الثياب وقد تأخذ وقتاً طويلاً يصل إلى ساعات .

أما السلوكيات والانشطة الفكرية القسرية فقد ترتبط بالوساوس أو تكون مستقلّة عنها ومنها : إجراء نفس العمليات الحسابية المستمرّة يومياً أو عدّ الأشجار على الطريق أوالتأكد من إغلاق الأبواب والنوافذ وتفتيش المنزل كل ليلة أو جمع الثياب البالية أو قصاصات الورق الخ . . .

2 - العصاب الوسواسي القسري -

تتفاوت الأعراض السابقة في شدّتها ولا تكفي لتشخيص الحالة العصابية ، حيث تشاهد أيضاً لدى الشخصيات الوسواسية والواهنة نفسياً وفي الطبع الشرجي .

أما في الحالة العصابية فإن الوساوس الفكرية والشكّ المرضي تأخذ شكلاً تجريدياً وتسيطر مع اللجم عندما تتطوّر على شخصية واهنة نفسية . بينما تسيطر السلوكيات القسرية في العصاب الناشيء على طبع شرجي . وتشاهد إضافة إلى الحالات الوسواسية والقسرية أعراض وهن ، وحصر وقلق وهمود واضطرابات طبع وتصلّب طبعي . وهي متفاوتة من حالة إلى أخرى . كما تتفاوت درجة الإعاقة المهنية

الإجتماعية فيميّز العصاب الخفيف والجزئي والشديد . يُشاهد هذا العصاب في أعمار مختلفة إلا أنه يظهرخصوصاًفي سن الشباب وهو أقل مصادفة من الحالات العصابية الأخرى وأشكاله هي :

١ ـ الشكل الكلاسيكي : يبدأ خلال المراهقة يكون تطوّره متفاوتاً ويميل إلى التحسّن ويكون التلاؤم الإجتماعي مقبولاً .

٢ ـ الأشكال الوخيمة وهي معيقة مهنياً واجتماعياً .

٣ ـ الأشكال ذات الهجوع المديد .

4 ـ الأشكال ذات البدء المتأخر : في حوالي من الخمسين .

6 ـ الأشكال ذات إنكسار المعاوضة النفاسي : حيث تنتقل حالة وسواسية ـ قسرية إلى حالة هذيانية نفاسية . ومن المعروف أن الفصام يبدأ أحيانا بشكل وسواسي ـ قسري . كذلك يمكن أن يتبّدل التطوّر الفصامي لدى صغار السن تحت المعالجة إلى شكل وسواسي . قسري .

7 ـ الأشكال ذات إنكسار المعاوضة الهمودي .

8 ـ الأشكال الوسواسية القسرية الطفلية : يمكن أن تتحسّن عفويا أو بالمعالجة .

ج ـ الشخصيات الوسواسية ـ القسرية :

ـ 1 ـ الشخصية الوسواسية بالخاصة (النموذجية)

يقدّم التصنيف الأمريكي DSMIII خمس خصائص رئيسية للشخصية الوسواسية :

أ ـ صعوبة التعبير العفوي عن الإنفعالات والبرود العاطفي .

ب ـ المثالية وطلب الكمال .

ج ـ مطالبة الآخرين بالتفكير بنفس النمط والتصلّب السلوكي العلائقي .

د ـ الأهتمام بالعمل والأنشطة الجدّية على حساب المتعة والتسلية .

هـ ـ التردّد .

تتمثّل الآليات الدفاعية لدى الوسواسي في التشكّلات الإرتكاسية التي

تتظاهر في هوس النظافة والنظام والترتيب معاكسة رغباته اللاشعورية الأصلية بالفوضى والأوساخ .

(2) - العزل : فهو يفصل ويعزل عناصر حياته ويقسمها إلى مواقع ذهنية وعاطفية ، فيفصل بين الذكاء والتفكير وبين الإنفعال والعاطفة ويسيطر عليه التفكير المنطقي بحيث لا تظهر الإنفعالات إلا نادرا وبشكل حاد إنفجاري بينما يبدو عادة بارداً وخاليا من الإنفعالات . وكذلك من الرغبات العاطفية .

(3) - النقل : تكون النزعات الغريزية مكبوحة بحيث تنقل الرغبة والمتعة إلى الطقوس والوساوس ، فيحمل التفكير صبغة شهوانية في ذاته .

- (4) الالغاء : يعود الوسواسي دائما إلى البداية في تفكيره وأعماله ويجد متعة في التكرار إلا أن هذا المتعة تحمل صبغة مازوشية وتتسّم بالمعاناة والحصر من المرافقين .

يعطي الوسواسي للتفكير الدرجة الأولى من الأهمية في حياته ، فيستغرق في الدقّة المنطقية والتحليل والتركيب الفكريين ويعزو للفكر قوة وسلطة مطلقتين إلا أنه ينزع أيضا إلى التفكير السحري والتطيرّ فيستخدم بعض الطقوس كتلك المتعلقة بالعدّ والأرقام وترديد عبارات أو أعمال ، لإستبعاد مخاوف أو وساوس أو توقعّات معيّنة .

يكون تفكير الوسواسي ومنهجه المنطقي معقّدين حيث يسعى إلى الإحاطة بأدق التفاصيل . ويحاول تجنّب أقل ثغرة في سياقه الفكري ، بحيث كثيرا ما ينتهي إلى الضياع في الشبكة الفكرية المعقّدة التي نسجها هو ذاته .

أما علاقاته مع الآخرين فهي شكلية ، باردة ومهذّبة ، كثيرا ما يكون شديد الإرتباط بشخص من محيطه (أمه . زوجته . . .) فتتّخذ علاقاته شكلا ساديا - مازوشيا .

يوجد نوعان من الوسواسيين :

١ - الوسواسي السلبي .

٢ - الوسواسي النشط : يعمل غالبا كالآله وكثيرا ما يكون فعّالا في عمله مفرط الدقّة ، شديد التأثر والاهتمام بالمنافسة ، كما يتسّم غالبا بعدائية باردة وتشاهد لديه

نوبات عدوانية حادة دون أن يعبر إلى الفعل ، وهي قليلة الحدوث .

2 ـ الشخصية الواهنة نفسيا :

تتسم بهبوط الطاقة النفسية والإحساس العميق بالوهن ، وبالشكوك والهواجس والاجترارات الفكرية والتردّد والتغيير المستمّر للمخطّطات والمشاريع وترتيب الأعمال وتصنيفها .

3 ـ الطبع الشرجي

يتسّم بالنظام والإقتصاد والتعنّت. يكون الفرد المتسّم بهذا الطبع مقترا ، شديد البخل ، إلاّ أنه يندفع أحيانا ونادرا إلى مصاريف مفاجئة وغير متوقعّة ، أما تعنّته فهو عناد وعدوانية ومقاومة مطلقة للتأثّر بالآخرين وآرائهم .

د ـ التشخيص التفريقي والعلاقة مع اضطرابات نفسية أخرى

تشاهد الوساوس والنزعات القسرية بشكل عابر ، أحيانا لدى شخصيّات مرضية (كالشخصية القلقة ، الشخصية الحدودية ، الشخصية السيكوباتية) وفي حالات عصابية أخرى كالعصاب الرهابي وعصاب الحصر .

ـ يوجد إختلاف بنيوي بين الهستيريا والعصاب الوسواسي إلا أن أعراضا وسواسية تشتد بتعزيز هستيرياني يلعب فيه المحيط الدور الأساسي بفعل ما يجلبه من ربح ثانوي مما يتحسّن بفصل المريض عن محيطه .

ـ توجد علاقة بين الحالة الوسواسية والهمود القلق حيث قد تنشا هذه الحالة خلال طور همود بأعراض خفيفة تشتد تدريجيا بحيث تبدو إختلاطا للحالة الهمودية ممّا يشاهد خصوصا لدى الأطفال والمراهقين وتكون مضادات الهمود فعالة في هذه الحالات .

ـ العلاقة مع النفاسات : تشاهد حالات وسواسية ـ قسرية وخيمة تعتبر حالات نفساسية . كما تشاهد حالات شبه وسواسية في الفصام .

ـ تلاحظ سمات مشتركة بين الطبع الوسواسي والطبع الزوري كالتصلّب

والتعنّت والبرود العاطفي ـ الإنفعالي ، ويصادف سريريا أن تتحوّل حالة وسواسية إلى حالة زورية .

هـ ـ النظريات السببية والامراضية النفسية للحالات الوسواسية والقسرية :

النظرية التحليلية النفسية .

تنشأ الحالة الوسواسية ـ القسرية من تثبيت على المرحلة السادية ـ الشرجية من التطوّر عندما تكون تربية الطفل قاسية وتفرض عليه النظافة والضبط الشرجي قبل أن يكون مؤهلا لذلك بشكل طبيعي ، ممّا يحدث إضطرابا وإجهاضا للنزعات العدوانية التي تنمو عادة في هذه المرحلة ، كما يحدث تثبيت شهواني رمزي على الناحية الشرجية وما تمثله على المستوى النفسي . بحيث عندما يقبل الطفل على المرحلة الأوديبية تكون نزعته العدوانية والتدميرية المكبوتة شديدة تستقطب النزعات الشهوانية ولا تسمح له بمواجهة هذه المرحلة بشكل متوازن (يمكّن من حلها إثر إحتداد العدوانية تجاه الأب بالتماهي معه! واستبطان الصورة الأبوية) فينكص الأنا أمام ضغط هذه النزعات جزئيا إلى المرحلة السادية ـ الشرجية ويواصل نموّه على أساسها أي دون أن يدمج القيمة الشهوانية التناسلية للمرحلة الأوديبية ودون أن يستوعب العلاقة المثلثة ، فينكر الطبيعة الشهوانية لنزعاته المكبوتة التي تأخذ طابعا عدوانيا يبدو أشدّ خطرا من النزعات الجنسية . ممّا يحمل على نمو أنا أعلى متصلّبا وساديا ، يتسلّط على الأنا الذي يستعمل آليات دفاعية لا تجدي إلا قليلا كالتشكلات الإرتكاسية والعزل والإلغاء . . . .

العوامل البيئوية :

يرى الباحثون وجود عوامل ثقافية إجتماعية تلعب دورا في نمو الحالات الوسواسية بالطقوس والعادات والتقاليد التي تفرضها . كذلك توجد أسر وسواسية ، فسلوك المحيط الأسروي يحدّد نموّ النزعات الوسواسية ، فعندما يكون المناخ الأسروي متحرّرا ومتسامحا ومنفتحا يتيح للطفل التعبير عن وساوسه النامية ،

دون أن يزيد تعزيزها بعوامل الضبط والحصر فإن هذه الوساوس والطقوس تتراجع عفوياً ، أمّا عندما تكون الأسرة متصلّبة وصارمة في تعاملها فإن الطفل يرتكس بالمزيد من التمسّك بوساوسه وطقوسه والمزيد من المطالب التي يغطّي بها تفاقم حصره وقلقه وخصوصا بما يبديه بعض الأهل من غيظ وعدوانية تجاه سلوك طفلي من هذا النوع .

المنشأ الهمودي :

يثبت المنشأ الهمودي في بعض العصابات الوسواسية التي تتشكّل في ظروف مثيرة للوسواس وتتدعّم بشكل إشراطي خلال مرحلة همودية .

أما العوامل البيولوجية والإرثية ، فلم تتمكّن الأبحاث من كشف ما يدلّ على وجودها .

و ـ معالجات الحالات الوسواسية والقسرية

تختلف المعالجة حسبما إذا تعلق الأمر بشخصية وسواسية أو بعصاب وسواسي - قسري .

من العوامل المحسنة لهذه الإضطرابات توفير الراحة النفسية للمريض واستبعاد الظروف المحيطية الضاغطة والمثيرة للوساوس والرضوض النفسية والغاء التوتر الإنفعالي الذي تحدثه بعض شروط الحياة .

تستعمل الأدوية حسب متطلّبات الحالة حيث تفيد المهدئات النبزوديازيبنية في الحالات القلقة (فاليوم Valium 15 - 20 مغ/ يوم . . . .) وتوصف مضادات الهمود خصوصا في الحالات الوسواسية الهمودية وعند إنكسار المعاوضة العصابي توصف أيضا مقادير خفيفة من المثبطات العصبية (Nozinan 5 - 25 مغ/ يوم . . .) يمكن اللجوء في التناذرات الوسواسية الوخيمة إلى الصدمة الكهربائية التي تخفف الوساوس والقلق وقد يضطر الأمر في حالات نادرة شديدة إلى الجراحة العصبية بتخثير مناطق معيّنة في الفص الجبهي ممّا يلغي تأثير الوساوس ويزيل الحصر والقلق . . .

- التحليل النفسي الكلاسيكي يفيد خصوصا في الشخصيات الوسواسية حيث يزيل التصلّب الأنوي ويحيي التعبير عن العدوانية والاستيهامات كما يحرّر الإنفعالات والتعبير العاطفي ويخفّف مشاعر الذنب . أمّا في العصاب الوسواسي القسري فإن نتائجه أقلّ إيجابية . ويفضل في هذه الحالة علاج نفسي تحليلي أقل راديكالية ومواجهة خصوصا في الحالات الوخيمة والأعمار المتقدّمة . . .

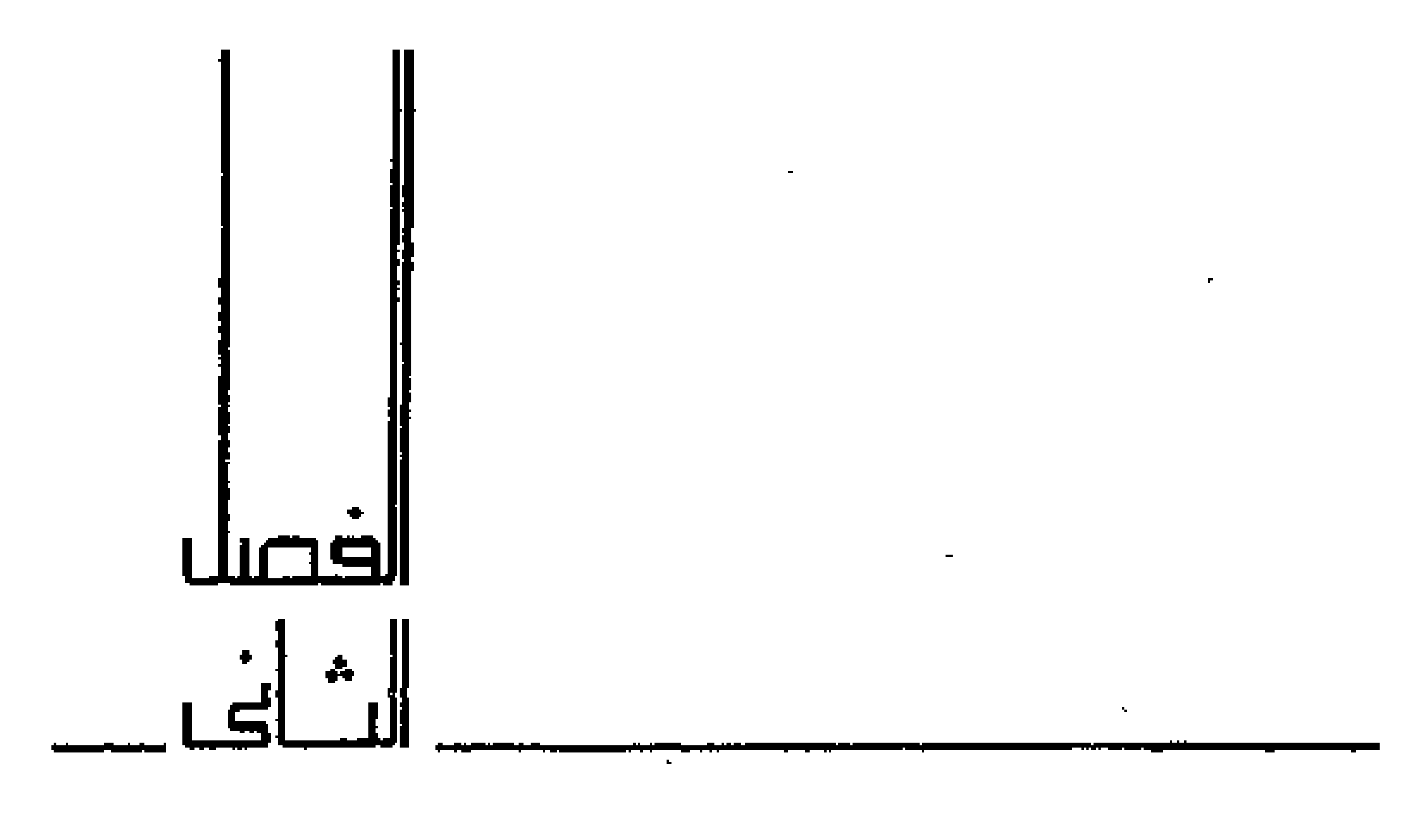
- المعالجات السلوكية .

يُستهدف الأعراض الوسواسية والقسرية حسب برنامج علاجي يتمّ التعاقد عليه بين الطبيب والمراجع ، وتستخدم عدة أساليب من بينها :

- إزالة التحسس المنهجية .

- التحسس الباطن بالخيال الإنفعالي .
- المعالجة بالإغراق الخيالي والواقعي . . . .
- المعالجة بكفّ التفكير .

- المعالجات ذات الوساطة الجسدية : كالإسترخاء والتحليل النفسي الحيوي تفيد في مقاومة التوتّر وإعادة تقييم العلاقة النفسية الجسدية لدى العصابي .



حالات الإدمان

الإدمان الكحولي والتناذرات الكحولية

١ ـ مدخل عام :

تقدم منظمة الصحة العالمية تعريفا للإدمان الكحولي يقول : « الكحوليون أفراد يستهلكون الكحول بإفراط ، ويصل ارتباطهم به درجة يحدث لديهم إضطرابا نفسيا عقليا واضحا أو تظاهرات تمسّ صحّتهم الجسمية أو الذهنية وعلاقاتهم وسلوكياتهم الإجتماعية والإقتصادية أو ما ينذر بهذه الإضطرابات ويتطلّبون المعالجة » .

فعنصر الإرتباط المرضي هو العنصر الجوهري للكحولية ، حيث يفقد المريض حرية الإختيار أمام الكحول وقدرة الإمتناع عنه . ويتمثّل فقدان الحرية تجاه الكحول بمظهرين هما : ١ ـ فقدان الإنضباط الذي يميز الشارب القهري إذ لا يمكنه التوقّف عن الشرب حتى فقدان الوعي أو إنتهاء كمية الكحول . وتتقاصر هنا فترات الصيام عن الكحول كما أن الإرتباط النفس يتحوّل تدريجيا إلى إرتباط جسمي .

2 ـ إستحالة الصيام : يتمكّن المريض من تحديد كميات شربه إلا أنه لا يمكنه أن يتوقّف يوما واحدا عن الشرب ، إذ يظهر إذاك تناذر العوز أو الصيام (قلق إستثارة ، رجفانات ، غثيان) .

يتباين تحمّل الكحول من فرد لآخر حسب العمر والجنس والخصائص العضوية والإستعدادات الإرثية والعادات الغذائية والحالة النفسية والصحية العامة والتعوّد على الكحول . ولا يمكن تحديد المقادير التي تؤدّي إلى الإدمان الفعلي إذا أنها متباينة جدًا .

2 الآليات الإمراضية وسببية الإدمان الكحولي :

تعتبر الكحولية ظاهرة متعدّدة العوامل وأهمها :

---

١ ـ العوامل الثقافية والإقتصادية الإجتماعية :

يكثر الإدمان الكحولي لدى الطبقات والفئات الإجتماعية الفقيرة والمسحوقة وعند شيوع البطالة والأزمات الإجتماعية ولدى الأوساط المهاجرة التي تعاني استلابا ثقافيا واقتصاديا . وكذلك في المناطق التي تسود فيها تقاليد إستهلاك المشروبات الكحولية وتكون فيها شائعة رخيصة الثمن ومنها الاتحاد السوفياتي حيث أشارت إحصائية حديثة (أواخر 1984) إلى وجود أربعين مليون مواطن يستهلكون الكحول بإفراط (أكثر من 150 مل كحول صافي يوميا) أما في فرنسا فإنهم يزيدون على 10% من مجموع السكان .

ومن العوامل الأخرى الإضطرابات العلائقية والأزمات العائلية .

2 ـ العوامل والآليات النفسية

ـ يكثر الإدمان الكحولي لدى الشخصيات المرضية (دون شخصية كحولية محدّدة) من النوع الذي يتسّم بالضعف والإرتباط وعدم تحمل الحرمان والشعور باللاّأمن . وتشاهد نزعات عدوانية ذاتية ونزوية وتكون السّمات الفمية (التثبيت إلى المرحلة الطفلية الفمية) والمازوشية البدئية ظاهرة .

3 ـ الدراسة السريرية للحالات الكحولية :

أ ـ دراسة عامة للكحولية : أشكال الاستهلاك والأعراض العامة :

---

١ ـ حالات تحت الإدمان الشائعة :

تحدث في مناطق الإستهلاك الكحولي الشائع وتنال مثلا في فرنسا ما يقارب نصف الذكور وعُشر الإناث . تتّصف بإستهلاك يومي لمشروبات كحولية خفيفة نادرا ما يتخلّلها سكر ولا تنجم عنها مشاعر ذنب بل هي تقليد أسروي تتطوّر خلال عشرين إلى أربعين عاما إلى إختلاطات عضوية كبدية وعصبية وإضطرابات نفسية وتطوّر نحو الإدمان ، وذلك إذا لم يتم تخفيف المقادير في أواخر الكهولة .

2 ـ العصابات الكحولية

تقارب في فرنسا 45%من حالات الذكور و85% من حالات الإناث تتميّز بتفضيل المشروبات القوية والإستهلاك المتقطّع الخفي والمنعزل يصل إلى حد السكر . يترافق بمشاعر الذنب والرغبة في مقاومة الشرب . تستند إلى عناصر مرضية عصابية وتترافق بأضطرابات علائقية وجنسية ، وتؤدّي على المدى الطويل إلى إحتداد الإضطرابات النفسية .

3 ـ هوس الشرب

وهو نزعة قهرية دورية إلى إستهلاك مقادير هائلة من المشروبات الكحولية تدوم النوبة عادة لعدة أيام وتنتهي بحالة سكر سباتي . تبدأ بعد سن الثلاثين وتشمل

5%من حالات الكحولية لدى الذكور و15% لدى الإنـاث . وقـد تتطّـور نحـو الإدمان . ويرى بعض الباحثين أنها قد تكون عديلا للنفاس الهوسي ـ الهمودي .

4 ـ الكحولية العرضية :

يجب مقاربتها بأسلوب مختلف عن الأشكال الأخـرى فالإرتبـاط هنـا نفسي بَحْتٌ يستهدف تخفيف الآلام النفسية أو الجسمية . تكثر مشاهداتها في الإضطرابات النفسية العصابية والنفاسية (حالات الحصر ، الرهابات ، الفصام ، النفاس الهوسي الهمودي الإصابـات الدمـاغية العضـوية ، السيكوباتيا) ،) وعندمـا تتحسّـن الإضطرابات النفّسية يتراجع الإستهلاك الكحولي ، إلا أنه قد يتطـوّر أحيانـاً إلى الإدمان .

الأعراض والعلامات العامة للإنسمام الكحولي :

ـ وجه محتقن ولامع ، توسّع الأوعية الشعرية على الوجنتين والأنف ، رائحة خاصة للنّفس تعرّق ، رجفانات .

ـ إضطرابات كبدية وعصبية مركزية وإنباتية ، وقلبية دورانية .

ـ تبّدلات وإضطرابات نفسية : إضطراب الطبع (عصبية إستثارة ، تبدّلات مزاجية سريعة ، إتّجاهٌ نحو الريبة والشكوك ، ضعف بالإرادة . . . .) إضطرابات عاطفية (مركزية أنوية ، تدنّي الشعور بالمسؤولية وحسّ الضمير ، عدائية ومشاعر ذنب) إضطرابات عقلية وإضطرابات ذاكرة .

خصائص حالة السكر الحاد

تمرّ حالة السكر الحاد بمراحل متعاقبة هي :

1- مرحلة إثارة فكرية ذهنية وحركية وغريزية إنفعالية ، تتميّز بحالـة مرح وبهجة وثرثرة كلامية وإثارة جنسية وقد تحل محلّها أحياناً حالة ذات مظهر همودي .

2- مرحلة مضطربة : يفقد فيها الفرد السيطرة على توازنه الحركي فيتعثّر ويختلّ مشيته ويضطرب إنسجام حركاته . كما يتلعثم في كلامه وتضطرب أحكامه وإدراكه للمحيط كما تحدث لديه إضطرابات مزاجية وتنقص عتبة إستجابته الحسيّة كما تظهر لديه أشكال شبه هذيانية ترتكز على الأوهام الحسية وإضطراب الإدراك .

3- مرحلة نوم سباتي تتدنّى فيها المنعكسات الوترية . ويحدث خدر حسي وفقدان الضبط العفوي (إرتخاء المصرات) وتنفّس غطيطي .

ب التناذرات الكحولية

-1 حالات السكر المرضي :

تأخذ حالات السكر المرضي عدّة أشكال أهمّها :

ـ الأشكال الهياجية الحركية :

تتميّز بحالة من الهياج الحركي الشديد والإنفعال والغضب اللذين يدفعان إلى إرتكاب أعمال التدمير والعدوان التي قد تصل حتى القتل .

ـ الأشكال الهلسية :

تكون غالباً أهلاساً بصرية ترافقها أوهام متنوّعة (حسية ، لمسية ....) وكثيراً ما يخيّل للفرد وجود حشرات كالعناكب والصراصير والخنافس وثعابين وعقارب إلخ تسرح حوله وتزحف على جسده ....

الأشكال الهذيانية :

تتمحور مظاهرها حول مواضيع كالغيرة ، والعظمة والتعقّب تميل حالات السكر المرضي إلى التكرّر على نفس الشاكلة لدى نفس المريض .

السلوك الطبي تجاه حالات السكر المرضي :

يجب إبقاء هذه الحالات بالمستشفى وعزلها مع فرض مراقبة دقيقة مع الصيام

عن الكحوليات وإعطاء معالجة مهدّئة عن طريق الوريد .

2- الهذيان الإرتعاشي

وهو هذيان حلمي يتميّز بأهلاس بصرية خصوصاً تكون مرعبة وتشمل أشخاصاً وحيوانات وأدوات ذات هيئات مخيفة تهدّد المريض أو تحاول الإعتداء عليه تضاف إلى ذلك الأهلاس السمعية والحسية والشمية والذوقية يعيش المريض هذيانه كحلم ويتفاعل معه بحركاته وأعماله فيدافع عن نفسه ويهرب ويتكلّم ويصرخ . . . . ويترافق هذا الهذيان بـ :

- قلق واهتياج
- ضياع زماني - مكاني
- إندهاش
- علامات عصبية : رجفانات ، إضطرابات التوازن ، إضطرابات الكلام
- تضطرب الحالة العامة ويحدث تعرّق غزير وإرتفاع بالحرارة (39 -40 درجة) وتجفّف .

ينشأ الهذيان الارتعاشي لدى كحولي مزمن وإثر الفطام عن الشرّب ، أو إنتان طارىء .

الإجراءات الاسعافية والعلاجية للهذيان الارتعاشي :

- يجب إدخال المريض فوراً إلى المستشفى وعزله في غرفة منارة باستمرار مع تغطية جيدة لكن دون حصر .

- إعادة إماهة المريض بشكل كثيف لمقاومة التجفّف الذي هو عنصر رئيسي في الهذيان الإرتعاشي .

- إعطاء معالجة دوائية مركّزة رئيسية

- المعالجة بالفيتامينات والمضادات الحيوية

- معالجة الآفة العضوية المشاركة في حال وجودها .

3- الهذيان الكحولي تحت الحاد .

يُعتبر شكلاً مخففاً من الهذيان الإرتعاشي يحدث في سياق إنسمام كحولي مزمن . ففي المرحلة الأولى من الإزمان الكحولي تشاهد العلامات الفيزيائية المذكورة سابقاً والإضطرابات النفسية المتضمّنة إضطرابات سلوكية كالإستثارة وفرط الإنفعال والأفكار المراقية وتدنّي الملكات الذهنية التي تتباطؤ ويحدث هبوط في التركيز ومردود النشاط الفكري إضافة إلى اضطرابات الذاكرة أما الإضطرابات العاطفية فتتجلىّ بطفولية العاطفة وهشاشتها وفرط الحساسية والغيرة والعناد والتسلّط .

أما الهذيان الكحولي تحت الحاد فهو يتكامل خلال أيام وينشأ إثر آفة أو رض عضوي أو نفسي أو إنسمام زائد ويتظاهر بما يلي :

- إهتياج قلق يمتّد خلال الليل ويترافق بأرق معنّد .
- إشتداد علامات الإزمان الكحولي : فيشتد الرجفان وإضطرابات السلوك ويحدث قمه ووهن .

- يظهر هذيان حلمي يشتّد مساءً ترافقه أهلاس نفسية حسية خصوصاً البصرية منها يعيشها المريض بحالة قلق وتكون مواضيع الهذيان مهنية أو عائلية (هذيان الغيرة)

- يحدث إندهاش وضياع زمني مكاني .
- ويكون إضطراب الحالة العامة محدوداً

الإجراءات الإسعافية والعلاجية أمام الهذيان الكحولي تحت الحاد :
- يتّم إبقاء المريض فوراً بالمشفى مع إعطاءه معالجة مهدئة رئيسية
- يصحّح التجفّف ولا يجب حصر جسم المريض .
- يجب مراقبة الحالة العامة للمريض كالحرارة والتوازن الشوادري .
- يجب البحث عن عنصر مضاف محتمل ومعالجته عند وجوده .

4- تناذر غايت - فرنيكه

هو إعتلال عصبي دماغي كثير المشاهدة لدى الكحوليين المزمنين يلعب فيه

عوز الفيتامين ب ١ (التيامين) دوراً حاسماً ويعود هذا العوز إلى نقص الوارد الفيتاميني (الفقر الغذائي أو القمه) أو إلى إضطراب الإمتصاص (الإلتهابات المضمية وإضطراب النشاط المضمي) . . . . وتتمثل لوحته السريرية الأساسية في الأعراض والعلامات التالية :

- إضطرابات وعي متفاوتة (إندهاش ، ذهول)
- إضطرابات حركية ومنها فرط مقوية معمّمة إحتدادية وإضطراب التوافق الحركي وحالات شلل بصري حركي ثنائية الجانب
- إضطرابات عصبية إنباتية كهبوط التوتر الشرياني وتسرّع النبض . . . .
- علامات التهاب أعصاب متفاوتة كالآلام والإضطرابات الوعائية المحيطية الخ . . . .

ويشير التحرّي المخبري إلى فرط حمض البيروفيك بالدم

الموقف العلاجي تجاه تناذر غايت فرنيكة :

يعتبر هذا التناذر حالة إسعافية تتطلّب إعطاءً فورياً للتيامين (فيتامين ب ١) ويشرك أيضاً بالفيتامين ب٦ . ولا يجب إعطاء المصل السكري الذي يزيد عوز الفيتامين ب سوءاً . تعطى الفيتامين بمقادير كبيرة (1 غرام) عن طريق الوريد وتضاف إليها البروتينات ، إذ يشاهد دائماً هبوطاً في بروتينات الدم .

أحياناً يضاف إلى هذا العوز ، عوز فيتامين ب ب P P (المؤدي إلى البلاغرا) إذاك يشاهد فرط تصلّب عضلي إضافة للأعراض الأخرى وتشفى بإشراك هذا الفيتامين في المعالجة .

5- الإعتلال الدماغي البابي الأجوفي

هو إعتلال دماغي كبدي يحدث غالباً لدى كحولي مزمن مصاب بتشمّع الكبد ويتظاهر بالأعراض والعلامات التالية :

- تخليط متفاوت الدرجة

ـ تبدلات مزاجية

ـ إرتجاف (باليدين واللسان) وتقلصات حزمية

ـ علامات تشمّع الكبد : (آلام كبدية ، عنكبوت وعائي ، هبوط وزن الخ . . . .) وترتفع الأمونيا الدموية .

المعالجة عرضية ويكون الإنذار سيّئاً حيث تحدث الوفاة في 50 ٪ من الحالات خلال سنتين

6- تناذر كورساكوف

يتميز تناذر كورساكوف بما يلي من أعراض :

أ ـ الوهل المتلاحق وهو يتّم بشكل شامل حيث ينسى المريض خلال دقائق أو ساعات ما مّر به من أحداث ومواقف وأفكار . . . . بينما تظلّ الذاكرة الرابعة سليمة فيذكر المريض الأحداث القديمة كذكريات الطفولة والمعارف المدرسية . كذلك فإن فحص الذاكرة المباشرة يكون طبيعياً إذ أن وظيفة التثبيت (أو التسجيل) تظلّ سليمة . ويكثر الهذر (إختلاق الأحداث والقصص) والتعرّف الخاطيء لدى المريض .

ب ـ كثيراً ما تتشارك إضطرابات الذاكرة بحالة قلق وإضطرابات مزاج

ج ـ لا توجّه زماني ـ مكاني حيث يفقد تمييز الزمان والتاريخ وتلتبس لديه الأمكنة (فيعتقد أنه في بيته بينما هو بالمشفى) ويحدث لديه إلتباس ذاكرة فيتحدّث عن أحداث وكأنها راهنة .

د ـ ويتكامل النفاس الالتهابي العصبي لكورساكوف من منشأ كحول بتشارك حالة التهاب أعصاب عديد مع الأعراض السابقة .

ويظهر تناذر كورساكوف تدريجياً أو إثر تناذر تخليطي

سببيات تناذر كوركساكوف :

ـ الإعتلال الدماغي الكحولي ، نفاس كورساكوف الإلتهابي العصبي
ـ تناذر كورساكوف الرضي .
ـ الآفات الإنتانية .
ـ نقص الأكسيجين الدماغي
ـ الأورام الدماغية بالبطين الثالث وما تحت المهاد والحجاب الشفاف

يعالج تناذر كورساكوف بمقادير كبيرة من فيتامين ب ١ ومركب ب إلا أن الشفاء عند تكامل التناذر لا يتجاوز 25 ٪ ويشير ذلك إلى حدوث تلف عضوي دماغي في معظم الحالات .

7. التطور العتهي للإدمان الكحولي :

يؤدّي الإدمان الكحولي المديد إلى ضعف الملكات العقلية تدريجياً بدءاً بالانتباه والذاكرة ثم يشمل كل أوجه النشاط الذهني ويحدث إضطراب علائقي إجتماعي يتمثل أحياناً في سلوكيات جانحة وشاذة ويحد التراجع بإزالة الانسمام عندما لا يزال عكوساً .

ويحدث أيضاً داء «ماركيا فافا بنيامي» الناجم عن تلف وتنكّس دماغي وقد وصف في الفصل المخصّص للعتة الفحوص المتمّمة المتوجب إجراؤها في الكحولية المزمنة :

ـ نسبة الكحول بالدم
ـ إستكشاف الوظائف الكبدية خصوصاً 6GT
ـ نسبة بروتين الدم ، سرعة التثفل . . . .

4 معالجة الإدمان الكحولي

يعتبر الإدمان الكحولي عرضاً نفسياً ـ إجتماعياً معقداً حيث ينجم في معظم الأحيان عن عجز تكيّفي للفرد ناشيء من تفاعل الإضطرابات النفسية البنيوية أو الديناميكية مع محيط غير ملائم ثقافياً إجتماعياً أو مادياً . إقتصادياً ، ممّا يجعل الإدمان

مهرباً من مواجهة هذه الأزمة الوجودية الشديدة . لذلك لا يكفي التعامل مع الكحولية كعرض يجب محوه بطرائق مباشرة ، بل إن مقاربة الإدمان الكحولي يجب أن تكون متكاملة تشمل مساعدة المريض على التخلّص من إدمانه بطريقة ملائمة لخصوصياته والعمل على تصحيح الآثار العضوية لهذا الإدمان وكذلك البحث عن المنشأ النفسي الإجتماعي العميق لهذا العرض وإيجاد مدخل يسمح للمريض من خلال علاقة علاجية نفسية - إجتماعية من مواجهة إشكالاته النفسية والوجودية الإجتماعية بأطمئنان أكثر وفاعلية أكبر . ويمرّ العلاج أساساً بالمراحل التالية .

١ - الفطام :

توجد عادة صعوبة بإقناع المريض بحاجته للمعالجة ويجب على الطبيب أن يحاول ذلك من خلال خصوصيات المريض النفسية والاجتماعية . ويفضّل عزل المريض بالمستشفى في المرحلة الأولى . ويعطى المهدئات (فاليوم Valium ١٥ مغ × 14 يوم . . . .) تستمرّ هذه المرحلة عشرة أيام يتمّ خلالها تعريف المريض بإشكال الكحول ووضعه في مناخ علاجي نفسي داعم كما يحاول إيجاد توازن أفضل في محيط المريض .

2- المعالجة بالتنفير :

شكل سلوكي للمعالجة يمارس إثر فترة الفطام حيث يعطى المريض مادة دوائية (ديسلفيرام Esperal) تحدث صداعاً وغثياناً ودواراً وحصراً عند تناول الكحول لعدّة مرات . مع مراقبة النبض والضغط الشرياني . ويحدث ذلك نفوراً من الكحول .

3- مرحلة ما بعد العلاج :

يجب أن ينقطع المريض تماماً عن الكحول في هذه المرحلة ويمكن مساعدته على ذلك بتناول نصف حبة يومياً من Esperal . وتوصف عند الحاجة مهدئات أو مضادات همود لمقاومة القلق والوهن . وفي هذه المرحلة تحدّد مقاربة نفسية إجتماعية للمريض تتعامل مع الدوافع الأصلية للإدمان ويمكن أن تأخذ شكل معالجة نفسية

فردية أو جماعية أو سلوكية . وتفيد أيضاً جمعيات المدمنين القدامى .

أما النتائج العامة فهي متفاوتة حسب العمر (أفضل بعد سن الأربعين) والمحيط الأسروي والإجتماعي والخصوصيات النفسية الفردية .

II ـ الإدمانات الإنسمامية

أ ـ معطيات عامة

ترتبط الإدمانات عبر العناصر النفسية للمدمن ، بعدّة عوامل وخصائص إقتصادية إجتماعية وثقافية . لذلك فإنها نشاهد بكثرة في المجتمع الغربي الذي تتظاهر مرضيته بشكل مختلف عن المجتمع العربي أو مجتمعات العالم الثالث عموما . إلاّ أن الإدمانات والإعتيادات الدوائية تكثر حيث لا توجد رقابة حازمة على التعاطي الدوائي لبعض الأنواع كالأدوية النفسية ومضادّات الألم . . . .

تعرّف منظّمة الصحة العالمية الإرتباط الدوائي أو الإدمان الإنسمامي ، بأنه حالة من الإنسمام المزمن أو الدوري تنشأ عن الإستهلاك المتكرّر لمادّة دوائية طبيعية أو تركيبية وهي تتميّز بما يلي :

1 ـ رغبة لا تقاوم بمواصلة إستهلاك المادّة والحصول عليها بأية وسيلة كانت حيث تستعبد هذه المادة المدمن .

2 ـ النزوع التدريجي إلى رفع المقادير (أثر التحمّل)

3 ـ يحدث إرتباط نفسي وجسمي بمفعول المادّة يدلّ عليه حدوث تناذر الحرمان المتظاهر بأعراض نفسية وجسمية في حالة التوقّف عن تعاطي المادّة .

4 ـ تنجم عن تعاطي المواد المحدثة للإدمان آثار ضارّة للفرد والمجتمع .

تعريف الإعتياد :

الأعتياد حالة أخفّ من الإدمان تنجم عن التعاطي المتكرّر لمادّة معيّنة حيث

يتميّز بارتباط نفسي دون إرتباط جسمي . إذ لا يحدث تناذر الحرمان النوعي عند إيقاف تعاطي المادة . ويتظاهر الإعتياد برغبة شديدة أحيانا لكنها غير قسرية باستهلاك المادة ، بفعل ما تحدثه من أحاسيس المتعة والإرتياح . لكن لا توجد نزعة خاصة إلى رفع المقادير . وقد يؤدّي الإعتياد إلى آثار ضارّة على الفرد لوحده .

أهم المواد المحدثة للإدمان

هي موادّ تؤدّي إلى إرتباط جسمي ونفسي وإلى ظاهرة « التحمّل » وإلى تناذر حرمان شديد . ومنها :

- الأفيون ومشتقاته من أشباه القلويات المذهلة كالمورفين والكودئين .
- مشتقّات المورفين كالهيروين .
- مضادات الألم التركيبية : بيتيدين ، ميثادون ، دكستروموراميد .
- البار بيتورات .

أهم المواد المحدثة للإرتباط النفسي .
وهي موادّ قليلا ما تحدث إرتباطا جسميا أو تناذر حرمان :

- الأمفيتامينات ومشتقّاتها
- الكوكائين .
- مشتقات القنّب الهندي .
- الفطور المهلسة ، الليزرجاميد L.S.D. المسكالين ، البسيلوسيبين .

ب ـ تطور الإدمانات الإنسانية ، مواصفاتها العامة وإمراضيتها النفسية

تدخل المكيفات النفسية (مواد الإدمان) حيّز التاريخ إذ أنها معروفة منذ أقدم الحضارات حيث ما كانت مادّة إقتصادية وتجارية هامة ذات دور سياسي إقتصادي فكانت سببا في حرب الأفيون في الصين الوسيطة . كما كانت ولا تزال تقليدا شائعا

في بعض المجتمعات اذ شاع الحشيش في عصر المماليك بمصر وأصبحت جمعياته ذات وزن سياسي ـ اجتماعي هام وعرفت بعض الشعوب والقبائل باستهلاك مكيّفات نفسية كالكوكا في أمريكا الجنوبية والقات باليمن . وظهرت بأوروبا نوادي للحشّاشين ، في القرن التاسع عشر بين أوساط المفكّرين والفنّانين . كما أن التوسّع الإستعماري والإستعبادي ، كثيرا ما عمل على تشجيع وإشاعة إستهلاك المكيّفات النفسية التي تبعد الأفراد والمجتمعات عن واقعها وحاجياتها إلى عالم خيالي ممّا يخدم مصالح المستعمرين وتجّار الدقيق .

أما في هذا القرن ، وفي بداياته ، بفعل تقدّم الصناعة الدوائية التي كانت تحوي في تركيبها عدّة مواد مخدّرة ومكيّفة ، فإن جزءا من عوامل إنتشار حالات الإدمان ، كانت تعود خصوصا إلى سوء إستخدام هذه الأدوية سواء عفويا أو عن قصد ، ممّا دفع الأوساط الطبيّة والشرعية إلى العمل على تقنين إستهلاك الأدوية وتصنيفها في مجموعات تبعا لما تحمله من أثر سمي وخطر إدمان . لم يمنع ذلك تزايد إنتشار تعاطي المكيّفات النفسية الطبيعية والتركيبية ، حيث ظلّ ترويج هذه الموادّ قائما بصفة غير شرعية في معظم المجتمعات وبشكل علني في بعضها . حيث إنتهز تجّار المخدرات آثار الأزمات الاجتماعية ، والإقتصادية على فئات واسعة من الشباب وغيرهم ، لترويج صناعتهم والإثراء من ورائها مهما كان لها من نتائج وخيمة ومدمّرة .

تنال هذه الظاهرة ، في العصر الراهن الشباب خصوصا بمختلف إنتماءاتهم الإجتماعية الثقافية والإقتصادية ، فهؤلاء هم المرآة العاكسة لأزمات المجتمع حيث أن تكامل الشخصية وترسيخها يتمّ في هذه المرحلة من العمر التي يتمّ فيها الانتقال من التماهيات الأسروية إلى تماهيات إجتماعية أكثر إتّساعا وحرية تحوّل الشاب من حالة إرتباط مادي ـ عاطفي بالنواة العائلية إلى تحمّل مسؤولية تثبيت ذاته بالإستقلال ال ادي والبحث عن إكتمال عاطفي خارجي وإنجاز دوره الإجتماعي . كلّ ذلك يتطلّب درجة من الإستعداد النفسي العاطفي للتّضج الإنفعالي ممّا توفره الأسرة المنسجمة المتوازنة وتتطلّب إستعدادا إجتماعيا لإستقبال هذا الشاب في مؤسساته ووجود آفاق إرضاء لطاقات الشاب وطموحاته المهنية وتوازنا قيميا ثقافيا ودرجة من الحرية تسمح

له بسياق تطوّري لا يقوده إلى تناقضات أو شعور بالعجز . أما عندما تكون النواة العائلية مهتزّة لا توفّر أمناً عاطفيا وقاعـدة إنطـلاق للنضـج ، أو عندمـا لا ينفتـح المجتمع لطموحات الشاب وآماله بل يكون متأزّمـا مليئـا بالإشـكالات الوجـودية والمادية كالبطالة ومختلف أنماط الصراع الإجتماعي القيمي والثقافي ، فإنه كثيرا ما ينزع إلى تحقيق آمالـه هذه في عالـم خيالي كذلك الـذي توفّـره المكيّفـات النفسية (المخدّرات) .

فالمراهقون يجدون في إستهلاك المكيّفـات النفسية متعـة فريدة لا تتوفّـر في الواقع ، المرير غالبا ، كما أنها وسيلة للتعبير عن الإحتجاج على المحرّمات والقيم الأخلاقية والثقافية التي تفرضها الأسرة والمجتمع وإثبات الهوية والذات بخرقها بما يعتبرونه أسلوبا حاسما ومتطرّفا . في هذا السياق يمثّل تعاطي المكيفـات ، إضافـة لكونه مدفوعا بفضول المراهق ورغبته بالمغامـرة والتجربـة ، عامـل إثبـات وجـود جماعي ، إذ أنه يخلق رابطة تحالف « وتآمر » تجمع بطقوسها ومـا تحملـه من سرّية ومغامرة وتحدّي ، مجموعة من المراهقين الذين لم تجذبهم عناصر تماهٍ إجتماعية إيجابية لغيابها أو ما تحمله من ثغرات في صورتها المثالية . كذلك يجنح الحرمان العاطفي بالمراهقين إلى البحث عن « تجارب روحانية » عبر المكيّفات المهلسة تعوّضهـم عن مادية مجتمعهم وجفاف وقساوة محيطهم . ولاشك أن تعاطي المكيّفات يحمل نزعة تدميرية وعدوانية غيرية وذاتية تأخذ أحيانا شكل عديل للإنتحار وتنتهي به.. وهذه العدوانية تتظاهر في نزوع المدمنين إلى الإتجار بالمخدّرات ونشرها وإلى الإنحراف والإعتـداء تشجّعهـم أو تدفعهـم في ذلك الحاجـة القسرية اليومية للمادة المكيّفـة وضرورة توفير ثمنها بأية وسيلة سواء كانت السرقة أو تعاطي البغاء أو حتى القتل .

يتّسم الإدمان الإنسامي حاليا بتعدّد المكيّفات المستهلكة وتبـاين مشتقاتهـا ومركّباتها التي تنتج منها أنواع جديدة باستمرار . ويستعمل الطريق الـوريدي (حقنا) غالبا ممّا يعرّض إلى حوادث الصدمة والإنتانات خصوصـا منهـا الدمـوية والتهاب الكبد الفيروسي . أما المقـادير المتعاطـاة يوميا فتتجـاوز بكثـير الـكميات العلاجية . ممّا يؤدّي أحيانا إلى حوادث إنسامية حادة وحالات وفاة .

في دراسة فرنسية (غورسيكس ، فورنييه . . . . 1970) وجد أن متوسط سن

المدمنين يبلغ 21 سنة ثلثهم من الفتيات ينتمون دون تمييز إلى مختلف الأوساط الاجتماعية الإقتصادية . عاش نصفهم طفولة مضطربة تعود إلى الإشكالات الزوجية أو الطلاق أو وفاة أحد الأبوين أو قضاء الطفولة خارج الأسرة (في ملجأ لليتامى ، أو عند مربيّة الخ . . .) ولدى ستين بالمائة منهم سوابق إنحراف (سرقات ، تجارة مخدّرات ، بغاء . . .)

- شخصية المدمن

كان بعض الباحثين يعتقدون بوجود « عصاب إدماني » إلاّ أن معظم المؤلفين المحدثين لا يجدون ما يؤكّد ذلك في أبحاثهم بل يستنتجون وغياب عناصر مرضية في شخصيات عدد من المدمنين ووجود ميول للإدمان لدى بعض أنماط الشخصية المرضية .

- لا تبدو على أربعين بالمائة من المدمنين أعراض مرضية أو إضطرابات شخصية ما عدا الإدمان ذاته وما يرتبط به من سلوك .

- يبدي أربعون بالمائة من المدمنين ، إضطرابات بالشخصية فيتّسمون بشخصية لا مستقرّة من النمط النزوي أو المختلّ السيكوباتي حيث لا يمثّل الإدمان إلا إحدى تظاهرات مرضية الشخصية .

- أما العشرون بالمائة المتبقّية من المدمنين فتشاهد فيها تظاهرات عصابية أو إضطرابات نفاسية كالفصاميين الذي يلجأ للإدمان لتخفيف الحصر ومشاعر ضياع الشخصية وبفعل ما يتيح له ذلك من دخول إلى مجموعات هامشية وتشاهد إضطرابات نفسية إنحرافية (الإنحرافات الجنسية) غالبا ما يكون ، أصحابها أكثر خطرا لإنغماسهم في كلّ أشكال الإنحراف المتاحة في أوساط الإدمان وسعيهم إلى نشر الإدمان بين المراهقين .

ج - الدراسة السريرية لحالات الإدمان الإنسمامي

- بعض نماذج الإدمان الشائعة

١ - تناذر الإدمان على القنّب الهندي أو الحشيش أو الماريجوانا يحضرّ هذا المكيّف بأشكال مختلفة ، من أوراق وأزهار النبتة الأنثى فهي إما تمزج بعد تجفيفها مع التبغ بشكل سجائر . أو تسحق وتخلط مع مواد سائلة أو صلبة يمكن تناولها . وتوجد محضرّات من سائل النبتة تدخّن بالنارجيلة أو تستهلك مع مواد سكرية . ويوجد مزيج من السائل والأوراق المجففة . . . .

يكون السائل أكثر تركيزا بالمادة الفعّالة (تتراهيدروكنّا بينول) وهو بالتالي أقوى أثرا ، يحدث تناوله تسرّعا قلبيا وجفاف فم وإحتقان ملحَمة . أما نفسيا فتغمر المتعاطي أحاسيس الإرتياح والانتشاء وينعدم الزمن والمكان بالنسبة له بينا تحتّد حواسّه ويحسّ بأن قدراته الذهنية اصبحت فائقة . فتتوالى الصور والذكريات والأفكار مسرعة قوية الأثر تجلب له المتعة والسعادة (وأحيانا الرعب والخوف) ويمتّد الزمان فيبدو خلال دقائق وكأنه يعيش سنين طوالا مليئة بالمواقف المذهلة والأحداث الرائعة التي يعبر فيها مسافات هائلة . . .

إلاّ أن بعض الحوادث تطرأ خصوصا لدى المبتدئين مزامنة لطور من القلق وتتمثّل في إضطرابات بصرية وتعرّف غزير وإنعدام التوافق النفسي الحركي ونوبات الغشي وحالات حصر و فزع ، قد تؤدّي إلى أفعال عدوانية . أما لدى المدمنين فتشاهد إضطرابات نوم وصداع ونوبات دوار .

من إختلاطات إدمان الحشيش ما وصف « بالنفاس العشيشي » وتطوّر فصامي . . . والإنتقال إلى مكيّفات أشدّ خطرا .

2تناذر الإدمان على الباربيتورات

يصادف هذا الإدمان عند أفراد يعانون من صعوبة تكيّف إجتماعي لأسباب عصابية لذلك فإنهم يسعون إلى التخلّص من الكبح واللجم عن طريق تناول عدّة حبات (4 - 5) يوميا من المادّة ، ممّا يحدث لديهم حالة من الثمل متفاوتة الشدّة وبامتداد الإدمان يظهر تراجع ذهني وتبدّلات مزاجية ويحتاج المدمنين إلى رفع المقادير التي يتعاطاها بمرور الزمن . كما ينزع إلى تناول الكحوليات التي تقوّي تأثير الباربيتورات .

ينشأ ، نتيجة لهذا الإدمان إرتباط نفسي وعضوي ويتعرّض المتعاطي عند إيقاف الإستهلاك إلى تناذر حرمان يتظاهر بما يلي :

- حالة قلق
- توتّر واستثارة
- وهن
- أرق .
- رجفانات
- نوبات صرعية .
- حالة تخليطية حلمية .

3 - الإدمان على المنشّطات النفسية (مخفّفات الوزن)

يشاهد لدى أفراد واهنين نفسيا يسعون إلى الحصول على مفعول منشط ويكونون مندمجين بالمجتمع . يتناول المدمن (4 - 8) حبات يوميا و ينزع إلى رفع المقادير لإزدياد التحمّل . ويحدث لديه نشاط نفسي إلا أنه يترافق بإستثارة وإضطرابات مزاج وأرق ورجفانات .

أما الإرتباط فهو نفسي فحسب ولا يكون عضويا .

4 - الإدمان على المشتقات الأفيونية

يشمل عدة مركّبات منها الأفيون والمورفين والكودئين والبرميدول يستهلك الأفيون عن طريق التدخين أو المضغ ويؤخذ الكودئين عن طريق الفم أما المورفين والبرميدول والبتوبون فتحقن في الوريد أو تحت الجلد .

ويحدث تعاطي الأفيونيات حالة خاصة من النشوة السلبية مع اللاّمبالاة وزوال الإهتمام بالمحيط ومزاج هادىء ومتأمّل . وعند الإفراط يحدث تثبيط تنفسي وجفاف جلد وفم وخمول معوي .

يحدث الإعتياد بشكل سريع وترتفع عتبة التحمّل بنفس السرعة ممّا يدفع المدمن الى رفع المقادير التي تتجاوز أحيانا الجرعة القاتلة لشخص عادي .

يكون الإرتباط نفسيا وعضويا و يتظاهر تناذر الحرمان بما يلي :

- سيلان أنفي ودمعي وتوسع حدقة و فرط تعرّق .
- إهتياج قلق .
- رجفانات وارتعاشات .
- آلام قطنية وبطنية وبالأطراف .
- إسهالات وإقياء وتثاؤب .
- أرق .

د - الاختلاطات والعقابيل النفسية للإدمانات الإنسمامية

- تحدث بعض المكيّفات كالمهلسات (ليزرجاميدل سد) والإمفيتامينات حالات هذيانية حادّة .

- تشاهد حالات نفاسية مزمنة من النمط الفصامي ويطرح ذلك إشكالية العلاقة بين الإستعداد الفردي والنفاس الدوائي .

- تحدث أحيانا أزمات من الحصر الحادّ إثر تناول مهلسات أو أمفيتامينات قد تدفع إلى محاولات إنتحارية .

- تشاهد حالات همودية حادّة ووخيمة خلال الإنسامات الأمفيتامينية أو إثر الفطام عن أحد المكيّفات .

- يشاهد أيضا خلال الأسابيع التي تعقب الفطام تناذر تراجعي يتظاهر بتدنّي النشاط وتردّي الوظائف الذهنية وبطئها واللاّمبالاة والضعف المزاجي .

هـ - معالجة حالات الإدمان الإنسامي .

- الموقف البدئي أمام حالة تعاطي مكيفات نفسية عندما يواجه الطبيب حالة فرد يتعاطى المكيّفات النفسية بشكل عابر عليه أن يتأكد من أنه أمام مدمن مرتبط

بالمادة المكيفة ، ثم يبحث من خلال حواره مع المراهق عما يكمن خلف هذا السلوك من أزمات وصراعات نفسية أو صعوبات علائقية في تبادله مع محيطه الذي يجب أن يتّصل به الطبيب أيضا لتطمين الأسرة والبحث معها عما يمكن أن يكون دافعا للمراهق إلى الهروب من واقعه . . .

أما في الحالات الحادة الراجعة إلى تناذر الحرمان أو الإفراط بالمقادير . فيجب إسعاف المدمن حسب مقتضيات الموقف وتوجيهه إلى مركز مختصّ فعندما تكون الوظائف الحيوية وخصوصا الدورانية منها مهدّدة ، يجب الإهتمام بضمان الوظيفية التنفسية والدورانية وتصحيح التجفّف والإضطراب الشواردي .

أما في تناذر الحرمان فيجب منع المواد المكيفة وإعطاء مضادات القلق (كالديازيبام) حقنا عضليا متكررا ومضادات ألم غير مورفينية .

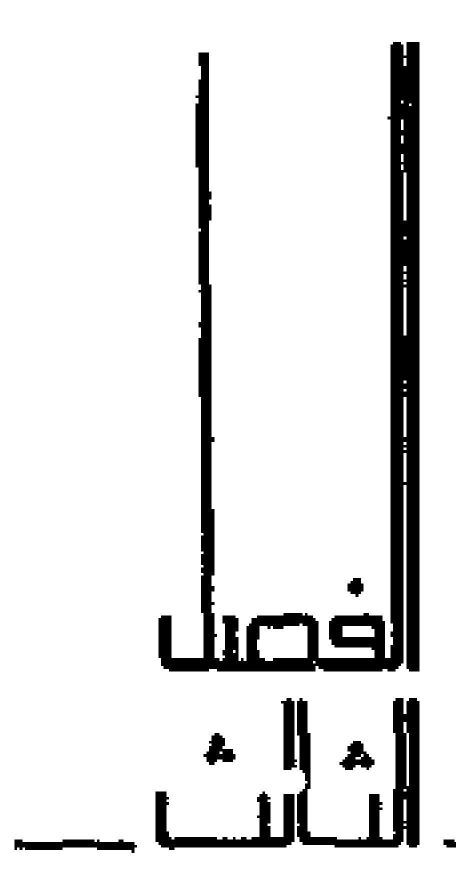
تتمّ المعالجة الجذرية للإدمان في مراكز مختصة بالمدمنين أو الطب النفسي وتمر بمراحل متعاقبة هي .

1 - الفطام : الذي يتضمن إستبقاء المدمن بالمشفى فتمنع عنه المادة المكيّفة ويعطى مهدئات صغرى أو كبرى (المثبطات العصبية) عند الحاجة ويضيف بعضهم الإنسولين ويلجأ أحيانا إلى التخفيف التدريجي من مقادير المادة المكيّفة خشية من تناذر حرمان شديد (كما في حالة الباربيتورات حيث تحدث نوبات صرعية أو حالات هذيانية أو تخليطية) أما تستبدل المادة المكيّفة (كالهروئين) بمضادّ للألم أخف (كالفورتال Fortal) يخفّف تدريجيا ويلغى بعد أسبوع لتحلّ محلّه مضادات ألم غير مورفينية .

2 - مقاومة الإختلاطات والعقابيل التالية وتحسين الحالة العامة للمدمن . حيث يعالج التناذر التراجعي والإختلاطات الهمودية بإعطاء مضادات همود ثلاثية الحلقة أو الدوغماتيل Dogmatil

3 - مرحلة الدعم النفسي والإدماج الإجتماعي والوقاية : يعمل الطبيب منذ المرحلة الأولى من العلاج على إقامة علاقة تفهّم ودعم نفسيّين مع المدمن . ويفضّل

عادة إثر تحسّن حالة المريض توجيهه إلى أساليب علاج نفسي جماعي أو بالإسترخاء . ومن الهامّ حب إعادة إدماج المدمن أسرويا واجتماعيا بتحسين محيطه قدر الإمكان وتأهيله مهنيا وإبعاده عن مصادر الإدمان . أما ما يسوقه الباحثون من إحصاءات ودراسات حول الشفاء النهائي للمدمنين فإنه يكون غالبا أقلّ من نصف الحالات . . .



الإضطرابات المزاجية

I إضطرابات المزاج . معطيات عامة

أ ـ الوبائيات :

تشكّل إضطرابات المزاج النسبة الكبرى من الأمراض النفسية وأكثرها شيوعاً فيقدّرها البعض بـ 50% من الحالات المرضية النفسية التي ترد على العيادات والمستشفيات وإن أخذنا بالإعتبار العدائل الجسمية للهمود (الهمود المقنّع : الصداع النفسي ، الأرق ، الإضطرابات المضمية الوظيفية ، الآلام المنتشرة . . . .) والمقولات النفسجسمية (السيكوسوماتية) الحديثة (القرحة

الهضمية ، التهاب الكولون القرحي ، الإضطرابات الجنسية الخ . .) فإن النسبة ترتفع إلى أكثر من ذلك .

على كلّ ، نورد بعض الإحصاءات التي تشير إلى أهمية إضطرابات المزاج في حياة الإنسان وبالتالي في علم النفس المرضي والطب النفسي :

تقدّر أبحاث فرنسية نسبة تعرّض الفرد لمرضية همودية بـ 10% من مجموع السكّان ، ويصل في مرحلة معيّنة من العمر إلى 13% . ويخضع 20% من المصابين بهذه الإضطرابات للعلاج الطبي بينما يدخل المستشفى 2% منهم .

وتستنتج الإحصاءات الإمريكية أن 20% من مجموع السكّان يعانون من إضطرابات همودية . يعالج 2% من السكّان لدى طبيب أخصائي لأسباب همودية بينما يدخل 0,7% منهم المستشفى

أما الإحصاءات الدانمركية فتستنتج ما يلي : النسب المئوية لإضطرابات المزاج لدى مجموع السكان : (التي تستوجب الإستشفاء)

٪	ذكور ٪	إناث ٪
النفاس الهوسي الهمودي	0,60	1,00
الهمود النفاسي الإرتكاسي	0,23	0,88
الهمود العصابي	0,47	1,40
المجموع	1,30	13-28

بينما تقدّر منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر سنة 1980 عدد الأفراد الذين يعانون من إضطرابات مرضية بالمزاج (حالات همودية) في العالم بمائة مليون فرد (100 مليون) يتطلّب 20% منهم معالجة طبية . بينما . في الواقع ، يعالج 1,2% منهم لدى الطبيب العام . ويخضع 0,2% لإشراف الطبيب الأخصائي . ويدخل منهم المستشفى 0,1%

هكذا ندرك شيوع هذه الإضطرابات وكثرة مشاهدتها لا لدى الطبيب النفسي فحسب ، بل وفي مختلف العيادات الطبية الأخرى خصوصاً منها الإضطرابات

المزاجية الهمودية وعدائلها التي تفوق بكثير في مصادفتها الإضطرابات المزاجية الهوسية .

إن الإمراضية المزاجية متنوّعة وتأخذ أشكالا متباينة أو مختلطة متداخلة في أعراضها السريرية وتطوّراتها ومعالجاتها وسببيّاتها. ممّا أدّى إلى نمو جدل تاريخي، إنطلق منذ حوالي القرن حول تصنيفها ، بين مختلف الأطبّاء والباحثين والمدارس ويغذّي هذا الجدل خصوصا، غموض سببية هذه الإضطرابات، رغم ما تقدّمت به الأبحاث والإحصاءات والتجارب من فرضيات نفسية المنشأ وإرثية وفيزيولوجية لم تستطع إحداها ان تثبت بشكل حاسم وتدحر الأخريات، في تناذر أو آخر من التنادرات المزاجية .

لذلك إعتمدت التصنيفات على الخبرات والنظريات السريرية للباحثين الأطبّاء وكثيرا ما أخذت شكلا تشخيصيا راجعا بالإعتماد على التطوّر المرضي وأثر سائل العلاجية . لذلك تكاثرت أنماط تصنيف إضطرابات المزاج من بلد إلى آخر ، ومن مدرسة إلى أخرى ، ومن زمن إلى آخر ومن مؤتمر طبي إلى آخر . وكثيرا ما رجع الباحثون من جديد إلى إعتماد تصنيف قديم ، أهملوه منذ عشرات السنين ، بعد ثبات عقم النظريات التي إستند اليها التطوير التصنيفي أو لتطابق تصنيف قديم مع مفعول وسائل علاجية حديثة ، أو عودة إلى التبسيط بعد تعقيد في التصنيف لم تثبت له من جدوى على مدى سني الممارسة والبحث . لذلك فإننا سنكتفي في هذا الفصل بإيراد بعض نماذج التصنيف كأمثلة دون توسّع في موقعها التاريخي وتبريراتها وتعليلاتها . . . وسنتجاوز في دراسة التناذرات السريرية الجدل القائم حول التصنيف لنبسّط البحث ونحوره حول وحدات مرضية كلاسيكية متعارف عليها عموما .

ب ـ مدخل عام

يعبّر تعبير « الإضطرابات المزاجية » في الطب النفسي وعلم النفس المرضي عن حالات مرضية من الإنتشاء والإهتياج أو من الهمود ويستعمل الأطباء الأمريكيون في

هذا الشأن تعبير « الإضطرابات العاطفية » وتشمل الأمراض المزاجية مجموع الحالات الهمودية والإهتياجية .

يتمثّل الهمود في هبوط المزاج ويقصد به الطب النفسي شكلا مرضيا من الحزن والكآبة . وتطلق تسمية « التناذر الهمودي » على كلّ حالة مرضية يكون الهمود عرضها الرئيسي .

الكآبة ، السوداء ، يتأتىّ مصدرها التعريفي من نظرية الطب اليوناني القديم القائلة بوجود أربعة أمزجة جوهرية لدى الإنسان : المزاج الدموي ، المزاج اللمغاوي ، المزاج السوداوي ، المزاج الصفراوي) وفي حالة الكآبة يسيطر المزاج السوداوي .

في أواخر القرن التاسع عشر ، فرّق الطبيب النفسي « كرايبلين » بين الكآبة (السوداء الإنتكاسية) وهي حالة مرضية همودية تنشأ بعد سن الخمسين لدى أفراد لا توجد لديهم سوابق مرضية نفسية وإعتقد أن هذا المرض يتطوّر حتما نحو الموت . . ففرّقه عن « الجنون الهوسي - الهمودي » ، الذي جمع ضمنه عددا كبيرا من الأنماط الهمودية الأخرى إلا أحد تلامذته « درايفوس » قام بعد ذلك بعشرين سنة (1907) بتحرّي تطوّر (81) حالة من السوداء الإنتكاسية وأثبت بشكل لا يدعو إلى الشكّ أن أحدا من هؤلاء المرضى لم يمت بسبب التناذر الهمودي مباشرة بل توفي 26% منهم لأسباب صحية أخرى وأصيب 8% منهم بالعته بسبب حوادث وعائية دماغية ، بينما شفيت من بينهم نسبة أخرى .

إثر ذلك ظهرت نظرية الهمود النفاسي كشكل وخيم من الإضطرابات المزاجية يتميّز عن الهمود العصابي .

كذلك إعتمدت بعض التصنيفات على مقولات الهمود باطن المنشأ والهمود الإرتكاسي أو خارجي المنشأ أو نفسي المنشأ إعتمادا على تعليل الهمود باطن المنشأ (وخيم) بآليات بيولوجية وإرثية نفاسية بينما يعود الهمود الإرتكاسي إلى إحباطات وصدمات نفسية خارجية .

نشأ عن ذلك جدل تاريخي لا يزال قائما بين مدرسة « نيوكاستل » التي تتبنىّ هذه النظرية ومدرسة « لندن » في الطب النفسي التي تقول بأن التناذرات الهمودية

تشكّل مجموعة إتصالية Continuum لا يمكن فصل عناصرها .

ج ـ بعض نماذج تصنيف الاضطرابات المزاجية

أ ـ التصنيف حسب المنشأ

تتميّز فيه :

- الحالات الهمودية داخلية المنشأ بكونها تحمل سمة إرثية ـ ليس لها سبب خارجي ـ تتكرّر
- الحالات الهمودية خارجية المنشأ : تعود لأسباب رضية نفسية خارجية حالية أو قديمة (تعود إلى الطفولة)
- الحالات الهمودية الإنتكاسية : تحدث في سن متأخرة .
- الحالات الهمودية العرضية : تحدث خلال أمراض عضوية كالأمراض الغـدّية والأمراض العصبية .

مخطط التصنيف شكل نفاس هوسي همودي ثنائي القطب

النفاس الهوسي الهمودي / شكل وحيد القطب همودي / شكل وحيد القطب هوسي .

I ـ الهمود باطن المنشأ الهمود اللانموذجي (الفصام العاطفي)

II ـ الهمود خارجي المنشأ الحالات الهمودية العصابية الحالات الهمودية الإرتكاسية .

III ـ الهمود الإنتكاسي الهمود باطن المنشأ المتأخر الهمود العصابي المتأخر

IV ـ الحالات الهمودية العرضية (خلال تطوّر أمراض عضوية)

ب ـ تصنيف الإضطرابات المزاجية إلى بدئية وثانوية :

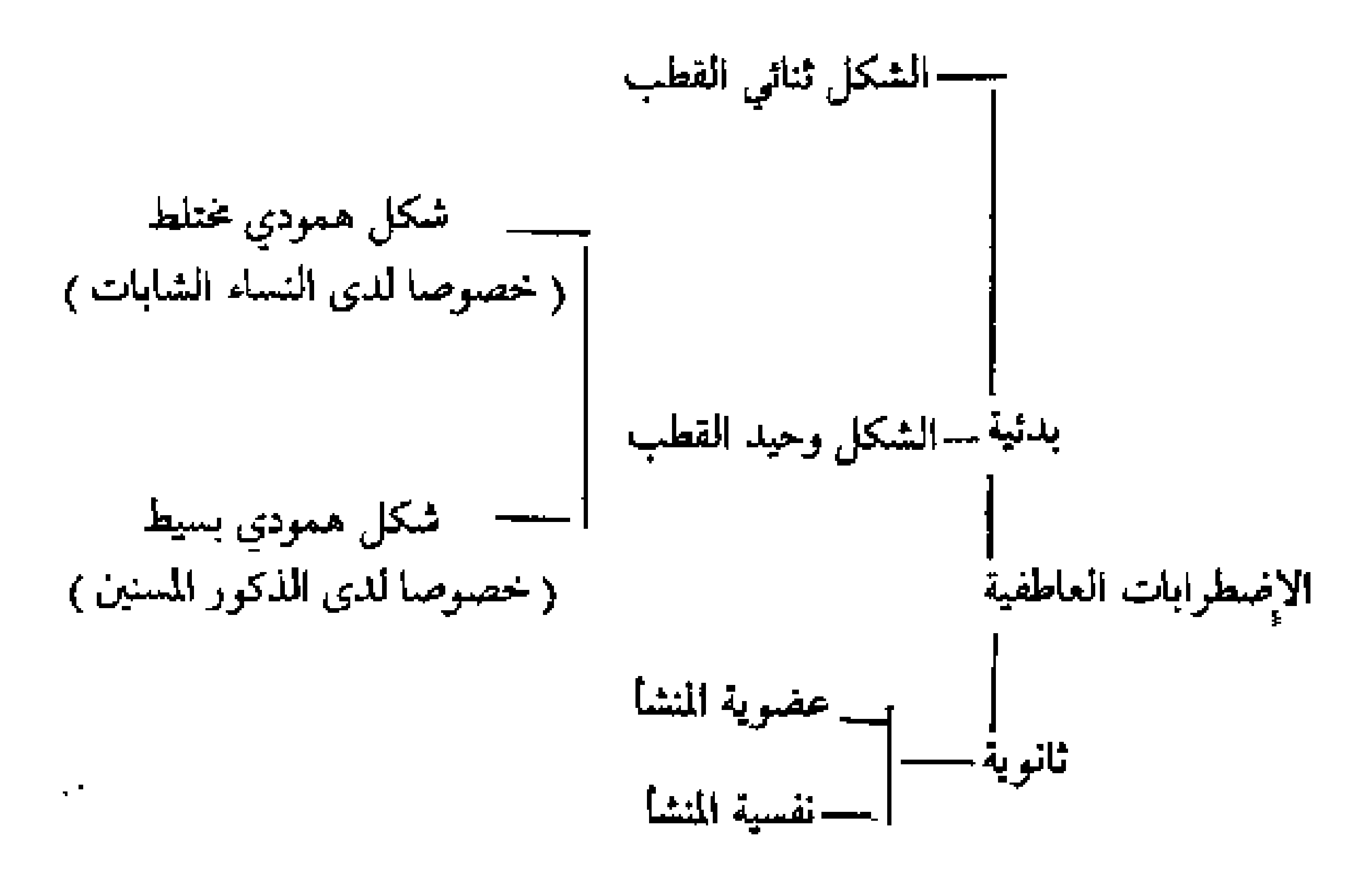
١ ـ الإضطرابات المزاجية البدئية تتميّز بما يلي :

ـ وجود تناذر همودي

ـ غيابُ أية إضطرابات نفسية في سوابق المريض باستثناء هجمات همودية أو هوسية .

- غياب آفة عضوية مرضية تسبق أوترافق الإضطراب .

٢ - الإضطرابات المزاجية الثانوية وهي تلي أو تتشارك مع إضطرابات عضوية أو نفسية أخرى (عصاب ، هستيريا . . .) ويعتمد هذا التصنيف على أعمال « كندل » (1966) و« فينوكير »



ج - تصنيفات أخرى إلى فئات متباينة العدد والتمايز

- الى فئة واحدة : تصنيف « ليويس » : الأمراض الهمودية (الداء الهمودي)

- الى فئتين : أ - تضيف « روشا 1 - الهمود باطن المنشأ

2 - الهمود العصابي

ب - تصنيف « فان لارغ » 1 - الهمود الحيوي

2 - الهمود الشخصي (النرجسي)

- الى ثلاث فئات :

أ - تصنيف I.C.D.6 1 - الارتكاس الهوسي الهمودي

2 - السوداء (الكآبة) الأنتكاسية

3 ـ الإرتكاس الهمودي العصابي

ب ـ تصنيف « أوفرال » 1 ـ الهمود المتوتّر القلق

2 ـ الهمود العدائي

3 ـ الهمود اللاجمي

ـ إلى أربع فئات :

أ . تصنيف I.C.D.8 : 1 ـ النفاس الموسي الهمودي

2 ـ السوداء (الكآبة) الإنتكاسية

3 ـ النفاس الهمودي الإرتكاسي

4 ـ الهمود العصابي .

ـ إلى خمس فئات :

أ ـ تصنيف « بايكل » : 1 ـ الهمود النفاسي

2 ـ الهمود القلق

3 ـ الهمود العدائي

4 ـ الهمود الشبابي

5 ـ الهمود مع اضطراب الشخصية

ب ـ تصنيف « بلانيدر » 1 ـ الهمود الفيزيولوجي اللاجمي

2 ـ الهمود المتوتّر

3 ـ الهمود الفصامي العاطفي

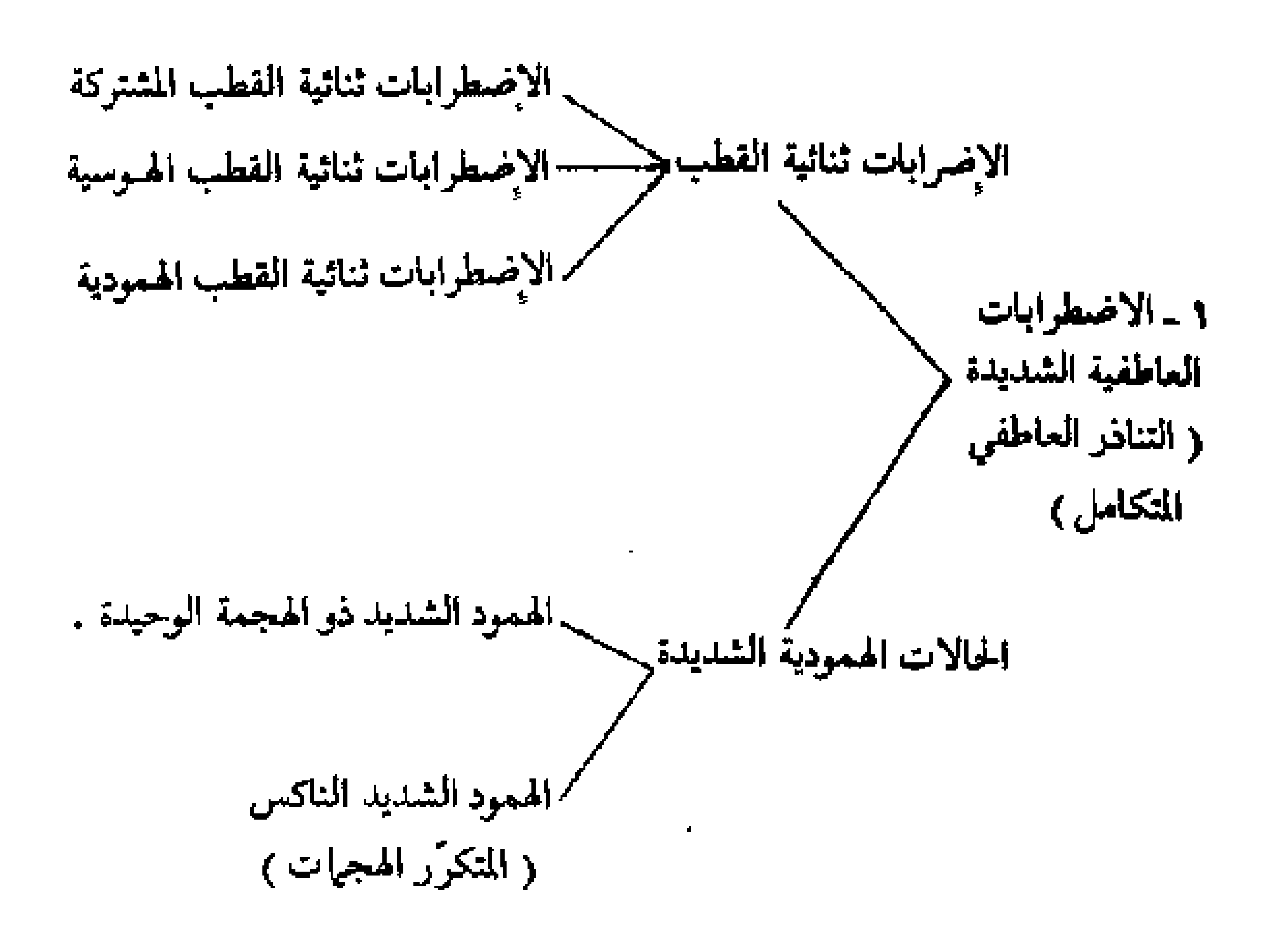
4 ـ الهمود التالي لإشكال وجودي (حياتيّ)

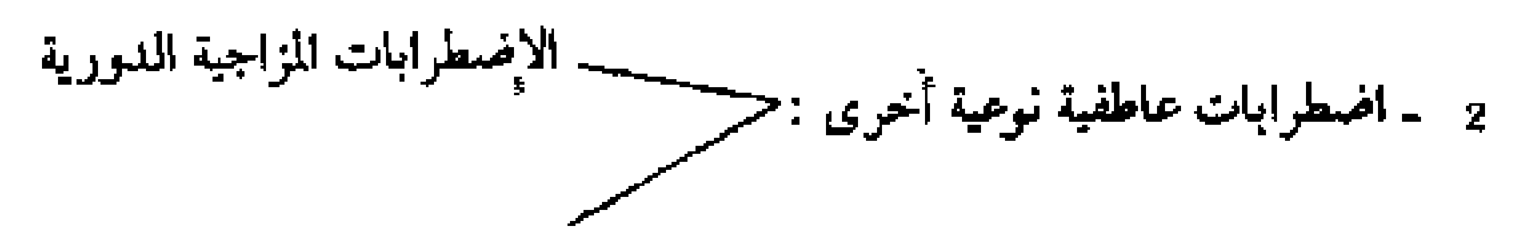
5 ـ الهمود المنذر بآفة عضوية .

د ـ التصنيف الأمريكي DSM111

يعتمد هذا التصنيف الحديث على معايير تشخيصية لا على تقسيم إلى وحدات مرضية :

III الاضطرابات العاطفية :





إضطرابات ثنائية القطب لا نموذجية (ثنائية القطب رقم2)

3 إضطرابات عاطفية لا نموذجية :

حالات همودية لا نموذجية

II ـ النفاس الهوسي الهمودي

يصاب بالنفاس الهوسي الهمودي ١٪ من مجموع العام للسكان تتراوح حدود العمر لهذا الإضطراب بين 15 - 65 سنة إلا أن معظم الإصابات تحدث قبل سن الأربعين وتكثر في حوالي الثلاثين . يكون خطر التعرّض أكبر في عائلات المرضى من الدرجة الأولىٰ فتتراوح بين 15 ـ 25٪ في النفاس الهوسي الهمودي ثنائي القطب بينما لا تتجاوز 10% في الإضطراب وحيد القطب . ويصل التعرّض في الشكل الأول لدىٰ التوائم الحقيقية إلىٰ 65٪ عند إصابة أحد التوأمين .

I ـ النوبة الهوسية (الطور الهوسي)

أ ـ البدء والتطوّر العرضي :

في نصف الحالات يسبق النوبة الهوسية ، حالةً همودية صريحة أو خفية تدوم لأسابيع أو أشهر . وفي الحالات الأخرى تحدث النوبة الهوسية بشكل مفاجيء أو تدريجي دون طور يسبقها .

تتصاعد النوبة الهوسية غالبا حسب المراحل التالية

1 ـ حالة شبه هوسية (هوس خفيف) .

2 ـ إسهال كلامي ، هياج دائم ، اضطراب المحاكمة ـ الشعور بالإنتشاء

3 ـ تطاير الأفكار وتشتتها ـ العدوانية ، أفكار ومشاريع غريبة تشابه هذيانات العظمة ، وتصل أحيانا إلىٰ هذيانات زورانية .

ب ـ الأعراض النفسية والسلوكية للنوبة الهوسية

١) وصف الحالة الهوسية وأعراضها

يكون الهوسي بادي الهياج كثير الحركة وسريعها ، محتقن الوجه متبدّل السحنة مفرط الإيمائية والتعبير ، عالي الصوت ، متحرّك الملامح مشوس المظهر والثياب ، سريع الإتصال والتكيّف مع الموقف ومتطلّباته ، لكن بأسلوب سطحي . يتقدّم الحاضرين بالمبادرة ويتدخّل في كلّ الشؤون .

٢) الإضطرابات المزاجية .

أ ـ الإنتشاء المزاجي :

هو العنصر الرئيسي للهجمة الهوسية . حيث يكون المريض بحالة غبطة وسرور وتفاؤل ونشوة مفرطة تسيطر عليه أحاسيس عالية وأفكار سموّ ورقي ، ينظر الى محيطه بكلّ ثقة دون وجل أو توجّس . بل يجده أليفا ومصدر بهجة وفرح ، بكل ما يحتويه . فيخطّط على أساس ذلك مشاريع عظيمة وهائلة دون أن يبالي بالعواقب أو المصاعب . ولا يلبث أن يهمل هذه المشاريع إلى مشاريع أخرىٰ جديدة وهكذا دواليك .

ب ـ التبدّل المزاجي :

يهيمن الإنتشاء المزاجي على الهجمة الهوسية إلا أن المريض كثيرا ما تعتوره تبدلات مزاجية سريعة فائقة السرعة ، فينتقل دون توقّع من البهجة إلى البكاء العابر وتعتريه نوبات قلق أو غضب دون مبرّر حقيقي وسرعان ما تختفي ، وقد ينتابه للحظات ، بعض اليأس والتشاؤم أو ينتقل من مظاهر الحب والرعاية والكرم إلىٰ العدائية والحقد .

3 ـ الهياج النفسي واضطراب سياق التفكير ومحتواه :

يتّسم المريض بفرط هياج نفسي فيتسرّع نشاطه النفسي الباطن ، تتكاثر

الأفكار والمشاريع والإبداعات في ذهنه وينشط خياله وذاكرته . فيحدث لديه «إسهال كلامي» ، فلا يتوقف عن الحديث والوصف والتخيّل وسرد الذكريات والمقولات والأشعار ، يتنقّل من فرد لآخر ، مكثرا من الذكريات الوهمية والهذر والتعرف الخاطيء يربط بين الكلمات حسب قوافيها ولحنها . . . تكون أفكاره هاربة ، سريعة التطاير ، والتشتّت ، فينتقل من موضوع إلىٰ آخر ومن عمل إلىٰ آخر دون سابق إنذار أو ربط . ويفقد قدرة المحاكمة والنقد ، فيبدع مشاريع وهمية يبنيها علىٰ فرضيات مستحيلة ويصدّق سريعا كلّ ما هو خرافي ما دام يتطابق مع أفكاره أو يثيرها . . .

يتظاهر فرط نشاط المخيّلة غالبا بهذر شبه هذياني ، إذ تدفعه أفكار العظمة والسمو إلىٰ تضخيم موقعه الإجتماعي وإختلاق الإدّعاءات وتصوّر مشاريع خيالية لنيل الثروة ، أو السلطة أو إصلاح الإنسانية ، إلا أنه غالبا مالا يندمج في أفكاره هذه . وقد يتراجع عنها أويسخر منها . لكن هذه الأفكار تأخذ أحيانا شكلا هذيانيا حقيقيا لتتّخذ النوبة الهوسية نموذج ما يسمى بالهوس الهذياني ، حيث تتعدّد أنماط الهذيانات كهذيانات العظمة وهذيانات التعقّب وهذيانات الإعتداء والهذيانات الشهوانية . . .

4 ـ اضطرابات النشاط والسلوك النفسي ـ الحركي :

يكون الهوسي في حالة هياج وإستثارة حركيتين مستمرّتين فلا يتوقّف جسدهُ عن الحركة والتنقّل وتكثر أعماله وأنشطته وإجراءاته فيفرط في الضجيج والفوضى والإحتجاج والملاحقات والمشتريات ويتعامل مع الآخرين دون إعتبار لمصالحه .

يكون أيضاً مفرط الإيمائية والتعبير تتغيرّ تقاطيع وجهة باستمرار ولا تتوقف يداه عن الحركة . بينما لا يستقرّ في وضعية تارة جالسا وأخرى واقفا وأخرى يتنقّل جيئة وذهابا بخطوات واسعة سريعة .

يتخذ نشاطه الدؤوب المشتّت هذا غالبا شكل لعب وهزل وسخرية ودعابة ، فيحبّ التنكّر ولعب الأدوار والسخرية من الآخرين .

يتّسم نشاط الهوسي أحيانا بالعدائية إلا أن الحالة الهياجية الشديدة المتّسمة بالعدوانية والصراخ والتدمير ورفض الطعام والتي تتطوّر أحيانا إلى حالة إنهاك وهذيان حادّ مفرط الحرارة ، والتي كانت توصف سابقا أصبحت اليوم نادرة المشاهدة بفضل تطوّر الوسائل العلاجية .

5 - إضطرابات السلوك الغريزي

ينفلت الكبح الأخلاقي لدى المريض الهوسي وتهتاج غرائزه وتنطلق فلا يتورّع عن إستعمال الكلمات البذيئة والتعرّي أمام الآخرين والإبتذال الجنسي . بينما يكون عادة في سلوك السوي شخصا رصيناً ومحافظا .

كذلك تنطلق شهوته الغذائية ، فيزداد شرهه للطعام ويتناول منه كمّيات هائلة دون أن يجد مصاعب هضمية .

ج - الأعراض الجسمية في النوبة الهوسية :

- يشاهد لدى المريض الهوسي أرق معنّد وثابت إلا أنه لا يؤدّي إلى إرهاق المريض ولا يؤثّر على نشاطه وهياجه المفرطين .

- رغم ما يتناوله المريض من كمّيات كبيرة من الطعام فإنه يكون سريع النحول لفرط نشاطه وهياجه (ويصل هبوط وزنه إلى 10 كغ خلال 15 يوما) ويشاهد أيضا تجفّفٌ لدى المريض .

- تظل الحرارة سوية غالبا بينما يتسرّع النبض وتزداد المفرزات . يهبط التوتّر الشرياني أحيانا . بينما يكون الجوع والعطش شديدين .

- ينقطع الطمث غالبا لدى المرأة .

د - التطوّر المرضي :

تسير النوبة الهوسية عفويا نحو الشفاء خلال أمد وسطي يبلغ ستة أشهر وقد

لا يتجاوز بضعة أسابيع . بينما تشاهد ، غالبا بعد سن الخمسين ، نوبات متّصلة أو متقطّعة تمتّد لعدّة سنوات .

يختصر العلاج الدوائي النوبة الهوسية ، وسطيا إلىٰ شهرين فتتحسّن الأعراض تدريجيا بدءا بالهلر الهذياني ثم الهياج وفرط الكلام وتشوّش النشاط وتشير عودة النوم الطبيعي إلىٰ الشفاء .

وكثيرا ما يعقب النوبة الهوسية طور همودي .

هـ ـ الأشكال السريرية للهوس

1 ـ النوبة شبه الهوسية

تتّسم بأعراض هوسية خفيفة ، يسهل تشخيصها لدىٰ مريض لديه سوابق نفاس هوسي همودي . كما تحدث أيضاً لدىٰ مريض تحت المعالجة الدائمة (بالليتيوم عادة) كشكل مخفّف من النوبة الهوسية ، عندما لا يكفي العلاج الدوائي لضبط المرض بشكل كامل . أمّا عندما تكون التظاهر المرضي الأول لدىٰ شخص دون سوابق هوسية همودية فإن التشخيص يكون صعبا .

وتتّسم النوبة شبه الهوسية بمايلي :

ـ فرط إنتشاء مزاجي

ـ فرط نشاط ذهني إلا أن نوعيته تكون متدنّية

ـ فرط النشاط العملي والحركي : يكون الشخص كثير الحركة سريع التبدّل والتغيرّ في نشاطه المهني وعلاقاته الإجتماعية وحياته الشخصية متهوّرا في سلوكه كثير التبذير والمغامرة .

ـ إضطرابات بالطبع : لا يتحمّل شبه الهوسي الضغوط والشكليات ولا يحترم آراء الآخرين ولا يتقبل نصائحهم ، بل يكون سلطويا متسلّطا محتكرا لا يتحمّل النقد ، إمتلاكيا ، سريعا ما يفقد صبره ، عدائي تجاه محيطه يستكشف عيوب

الآخرين ويفضحها موجّها لهم نقدا لاذعاً وحفيقا يكثر من الشكاوى والإحتجاجات والمطالبات .

تفرق الحالة شبه الهوسية عن الحالة السيكوباتية بتمايز الأعراض وحدوث شبه الهوس بشكل نوبة يتبدّل فيها سلوك المريض بشكل مخالف لطبعه وشخصيته العاديين . كذلك يتّخذ ظهور الأرق طابعا تشخيصيا مميّزا . . .

يسيء شبه الهوسي إلىٰ نفسه وإلىٰ محيطه باتخاذه القرارات الإعتباطية ولجوءه إلىٰ الأعمال المتهوّرة التي تنال من وضعه المهني وعلاقاته وحياته الشخصية وقد يصل به الأمر إلىٰ إرتكاب أعمال مخالفة للقانون كالغش والتزوير .

تستجيب الحالة شبه الهوسية إلىٰ نفس معالجة الهوس إلىٰ أنه كثيرا ما يصعب إقناع المريض بضرورة تناول الأدوية .

2 ـ الحالات المشتركة :

حالات نادرة يصعب تشخيصها تشترك فيها الأعراض الهوسية والأعراض الهمودية . تشاهد خصوصا لدىٰ المرأة . وصفها «كرايبلين» وعاد إليها «فينوكير» و «أوفرال» في تصنيفاتهما ، من بينها :

ـ الهمود اللجمي : يكون المزاج والأفكار هوسية إلا أنها تترافق مع لجم نفسي ـ حركي .

ـ الهمود الهياجي (المتوتّر ، القلق) : إثارة ذهنية وفرط نشاط واستثارة مع أفكار همودية وقلق .

ـ الهمود العدائي : تحدث تبدلات سريعة بالمزاج من أفكار العظمة حتىٰ مشاعر الذنب واليأس والقلق والخوف من الموت حتى الغضب والعدوانية .

و ـ التشخيص التفريقي :

ـ السكر الهياجي : حيث قد تشتبه كلّ حالات السكر الإنسمامي (بالغول أو المهلسات والمخدرات) مع نوبة هوسية أو حالة شبه هوسية مختلطة مع السكر .

ـ الهياج اللاّ نموذجي في الفصام :

يشاهد لدىٰ الفصامي إفتراق وضبابية بالتفكير ونمطية في الهياجّ كما لا يوجد إتصال مع المحيط وتكيّف معه . ويكون تعبيره أكثر غرابة وأقل إرتباطا بالواقع . بالإضافة لذلك يصحّح التطوّر ونمط المعالج التشخيص .

ـ التناذر الجبهي :

لسبب ورمي أو ضموري تنكسي (داء بيك) : يكون المريض أقل تجانسا وتكيّفا من الهوسي ويبدو عليه التراجع الذهني .

ـ الحالات الهوسية العرضية :

تحدث خلال الآفات الغدّية (داء كوشنغ) والآفات الدماغية الإلتهابية والورمية وخلال بعض المعالجات الدوائية (الدوبامين ، الكورتيزون ، السيكلوسبرين . . .)

2 النوبة الهمودية (الطور الهمودي) (الإكتئاب)

تتّسم الحالة الهمودية بالصفات التالية :

ـ كآبة مرضية وألم معنوي عميق .
ـ لجم نفسي وبطء بالنشاط النفسي ، زوال الإرادة واضطرابات وظيفية بالذاكرة .

ـ لجم نفسي حركي ووهن ووضعية جامدة .
ـ إضطرابات جسمية وبيولوجية : أرق ، قمه ، قلق

أ ـ الوصف السريري :

1 ـ المظهر العام :

يكون المريض جامدا عديم الحركة ، شاحب السحنة جامد الملامح ، تبدو

الكآبة والحزن العميق على سيماء وجهه . كلّ حركاته بطيئة يتكلّم بصوت خافت بطيء . قليل الإستجابة للإثارة ، لا يبالي بما حوله .

في الهمود القلق يكون الهياج أحيانا متصدّر اللّوحة السريرية .

2ـ اللجم الذهني :

يكون تفكير المريض بطيئا فيشكو من خلو ذهنه من الأفكار ، ويصعب عليه إسترجاع الذكريات أو تركيز إنتباهه على ما يحيط به ، إلا أن توجّهه وإدراكه يكونان غالبا سليمين .

يفقد المريض إرادته تدريجيا ، فتتطلّب أنشطته وحركاته الروتينية اليومية جهدا شديدا ويهمل أبسط الحاجيات كالعناية بنفسه ونظافته . بينما لا يبالي بأي نوع آخر من النشاط أو العمل ، ويفقد الدوافع والإهتمامات .

تكون إضطرابات الذاكرة متفاوتة الشدّة إلا أنها ثابتة في التناذر الهمودي من النفاس الهوسي الهمودي وهي إضطرابات وظيفية دون تنكّس غير عكوس بالذاكرة .

٣ ـ الإضطرابات الإنفعالية والمزاجية :

ـ اللجم العاطفي : يشكو المريض من خلوّه من العواطف والإنفعالات فلا يبالي بما يحدث حوله ولا يأبه بالمصائب التي تحلّ بأسرته .

ـ الألم المعنوي :

يفقد المريض الرغبة بالحياة ويغزوه حزن عميق وشعور بالمصيبة . ويعيش حالة الوهن الحيوي التي تسيطر عليه بشكل أليم ، إذ تنهار قيمته الذاتية في ذهنه . ويحسّ بثقل عجزه ويقتنع بأنه لن يشفى أبدا وتداخله مشاعر الإنحطاط وعدم الجدارة والذنب لكونه لا يقوم بواجباته ومسؤلياته ، ويشكّل عبئا على محيطه بينما لا يتمكّن من مشاركة أسرته أفراحها وأتراحها . ويتّهم ذاته بالمسؤولية عن ضعفه وزوال إرادته .

ـ تتطوّر هذه الأحاسيس والأفكار أحيانا إلىٰ شكل هذياني يقتنع فيه المريض بأنه مسؤول عن كلّ ما يحدث من مصائب لأسرته ومحيطة والعالم وأنه غير جدير بالحياة وأن وجوده عبء وخطر ويعرّض غيره للهلاك والموت ، إضافة إلىٰ الهذيانات المراقية وهذيانات التعقبّ . . .

ـ بسبب كلّ ذلك ، يتطوّر سلوكٌ لإفناء الذات وتعذيبها وللانتحار فيمتنع عن الطعام كتعبير عن رفضه للحياة ولا جدارته بها .

أما محاولات الإنتحار لدى الهموديين النفاسيين فيجب أخذها مأخذ الجدّ ، إذ أن 15٪ من الهموديين يتوفّون بالإنتحار . فكثيرا ما يكون العرض الأول للنوبة الهمودية محاولة إنتحار . ويتحيّن هؤلاء عند وخامة الحالة كلّ فرصة للعمل على الموت ، عندما لا يتلقوّن المعالجة أو في بدايتها . فقد تتعاقب المحاولات الإنتحارية التي تأخذ أحيانا شكلاً شنيعا كتقطيع الجسد والأحشاء واستعمال كلّ الوسائل الممكنة ، ممّا يتطلّب مراقبة مستمرّة للمريض ومنع الوسائل الإنتحارية عنه .

ويحدث أن يشاهد الإنتحار الغيري ، حيث يجرّ المريض بعض أفراد أسرته إلىٰ الموت معه «إنقاذا لهم من العذاب والآلام !» .

4 ـ الأعراض والاضطرابات الجسمية :

ـ يضطرب النوم ويحدث أرق معنّد كامل أو عند الفجر الباكر مترافقا بقلق وحصر وكرب ، ويكون النوم خفيفا متقطّع الأدوار .

ـ الإضطرابات المضمية :

يحدث قمه (فقد شهية) وقبض معنّد ويكون النحول شديدا

ـ آلام عضلية وظهرية وقطنية وصداع وحالات دوار ورجفان واضطرابات بالضغط الشرياني .

ـ وهن جسمي شديد .

ـ كثيرا ما تشاهد حالة قلق وحصر واضطرابات إنباتية .

5 ـ التبدل العرضي

تشتد الأعراض عند الصباح وتتحسّن عند المساء . مما يشير مع إضطراب النوم إلىٰ إختلال في الوقع الحيوي والوظائف البيولوجية وتؤكد ذلك دراسة تبدّلات الكورتيزول والشوارد الدموية .

ب ـ الأشكال السريرية للطور الهمودي :

1) الشكل الهمودي الخفيف أو البسيط :

حيث يشعر المريض بالوهن وتحدّد النشاط والضعف الحيوي والإرادي والأرق ، إلا أنه يستمرّ في مزاولة نشاطه بشكل محدود ويلجأ الى العزلة ولا يكون اللجم النفسي الحركي شديدا لديه . أمّا الألم المعنوي فيظلّ قائما ، ممّا يضع الإحتمال الإنتحاري في الحسبان .

هذا الشكل كثير المشاهدة ، وقد يعود أحيانا إلىٰ تأثير المعالجة الوقائية المديدة (بالليتيوم) التي تخفف شدة النوبة .

2) الشكل الهمودي الذهولي :

يسيطر هنا اللجم النفسي الحركي ، فيكون المريض جامدا صامتا ، تصعب العناية به وتغذيته ويكون الألم المعنوي شديدا .

3) الشكل الهمودي الهياجي :

يكون القلق عرضا رئيسيا ، المريض مفرط الحساسية والإنفعال كثير الحركة والشكوى والتألم . ويزداد الخطر الإنتحاري عند إشتداد نوبات الحصر والقلق . . .

4) الشكل الهمودي الهذياني :

يأخذ الألم المعنوي ومشاعر الذنب والعجز شكلا هذيانيا ، فيبني المريض

أفكار وقناعات هذيانية يمحور حولها كلّ أحاسيسه وحواسّه وإتصاله مع العالم الخارجي . تتغلّب هنا هذيانات التعقبّ والذنب والهذيانات المراقية وتكثر مشاهدة تناذر كوتار (هذيان النفي ـ الخلود الأليم ـ هذيان اللعنة) .

5) الشكل الهمودي الخفي (أو المقنّع) :

تتّخذ أحيانا الإضطرابات المزاجية الهمودية شكلاً مقنّعا ، إذ تبدو ضمن تظاهرات وظيفية جسمية مختلفة تكون دورية تتزايد في الربيع والخريف وتكون شديدة في الصباح بينما تخف بالمساء وهي تتحسّن تحت مفعول الأدوية مضادّات الهمود .

هذه الشكاوى الجسمية هي أساسا :

- إضطرابات هضمية : قمة ، آلام بطنية ، قبض معندّ ، ضغط وثقل بطني .
- حالات ألمية : صداع ، آلام وجهية ، آلام قطنية ، آلام ذات مظهر رثواني (روماتيزمي) .
- إضطرابات صدرية : آلام منصفّية ، حصر صدري ، ضيق تنفسي . . .

ج ـ التشخيص التفريقي :

يجب تمييز الحالة الهمودية عن القلق العصابي الذي يتميّز بالسوابق العصابية وغياب السوابق النفاسية . ويكون هذا القلق مرتبطا بالحياة اليومية للفرد كما يغيب الحزن والألم المعنوى العميق .

- كما لا يجب الغفلة عن حالة همودية تقنّعها إضطرابات جسمية ، حيث تكون الشكوى أشدّ من الاضطراب ويكون إختلال النومّ عرضا ظاهرا بينما يبدو التشاؤم والكآبة على المريض ، وتكون الاضطرابات أشدّ بالصبّاح لا تخضع للمعالجات العرضية بينما تستجيب لمضادات الهمود .

ب ـ تطوّر النوبة الهمودية :

تتطور النوبة الهمودية نحو الشفاء العفوي خلال ستة أشهر وسطيا وتتراوح بين بضعة أسابيع وعدّة سنوات بشكل راجع أو متّصل .

وتقصرّ المعالجة الدوائية النوبة الى شعر وسطيا ، حيث يتمّ التحسّن تدريجيا ، وتتراجع الأعراض الواحد بعد الآخر بدءا بالشهيّة والنشاط وعودة النوم والوزن وانتهاءً بتعدّل المزاج . إلا أن خطر الإضطراب المزاجي والإنتحار يظل قائما خلال النقاهة ، ممّا يتطلّب إستمرار المعالجة لعدّة أشهر .

3 ـ الأشكال السريرية التطورية الكبرى للنفاس الهوسي الهمودي :

يقسمّ النفاس الهوسي الهمودي إلىٰ شكلين رئيسيين هما : الشكل ثنائي القطب (أو ثنائي الطور) والشكل وحيد القطب (وحيد الطور) نتج هذا التقسيم عن أعمال «أنفست» و «بري» (1966) وتأكدّ فيما بعد بالأبحاث اللاّحقه :

١ ـ الشكل ثنائي القطب :

يبدأ بين سن العشرين والثلاثين ويتمثّل بتواجد أطوار همودية وأطوار هوسية أو شبه هوسية (هجمة واحدة على الأقل من كلّ نوع) . يسيطر على التناذر الهمودي في هذه الحالة : التباطؤ الذهني والنفسي ـ الحركي والخمول والصمت . تكون شخصية المريض عادة من النوع دوري المزاج ويكون العامل الأرثي عاليا .

٢ ـ الشكل وحيد القطب (الهمودى)

يحدث بدءا من سن الثلاثين . وهو الأكثر مصادفة ، خصوصا لدى الإناث تشاهد فيه نوبات همودية فحسب . وتتّسم غالبا بترافقها مع القلق والحصر والإهتياج والأفكار المراقية . يضع بعض المؤلّفين الحالات الهمودية المتأخرة داخلية المنشأ (السوداء الإنتكاسية) تحت إطار الشكل وحيد القطب .

تكون شخصية المريض غالبا واهنة ملجومة تحمل صعوبات في التكيّف ولا يكون العامل الوراثي عاليا

ـ أما الشكل وحيد القطب الهوسي فيشكّ بوجوده رغم أن بعض المؤلفين أشار إليه في تصنيفاته .

4) سير النفاس الهوسي الهمودي :

يتباين سير المرض من فرد لآخر ، إلا أن «آنفست» إستخرج سنة 1973 من خلال أبحاثه سمات عامة يتصّف بها تطوّر المرض لدى النسبة الكبرى من الأفراد :

ـ يتطور النفاس الهوسي الهمودي بشكلٍ دوري تغلب فيه مراجعة النوبات ويندر جدا أن يفقد المريض قواه العقلية بشكل نهائي

ـ يتراوح عدد النوبات من مريض لآخر وتكون الحالة عموما أشد وخاصة في الشكل ثنائي القطب الذي لا تتعاقب فيه النوبات الهمودية والهوسية دائما بل تكون متبدّلة متقلّبة . متوسط عدد النوبات ثمانية في هذا الشكل ، وخمسة في الشكل وحيد القطب . الفاصل بين النوبات يتراوح بين عدة أشهر وعدة سنوات تصل إلى أكثر من عشر سنوات . تدوم النوبات من بضعة أشهر إلى سنة عادة . . .

5) السببية المرضية :

1 ـ العامل الوراثي : (النظرية الإرثية) :

تزداد نسبة التعرّض والإصابة عند وجود سوابق عائلية من المرض فتزداد من ١٪ لدى مجموع السكان العام إلى 20% عند إصابة أحد الوالدين (في الشكل ثنائي القطب) وحتى 60% (90% في بعض الأبحاث) لدى التوائم الحقيقية . . . إلا أن العامل الإرثي أقل وضوحاً بكثير في الشكل وحيد القطب .

وقد أكدّ بعض الباحثين وجود إرتباط بين النفاس الهوسي الهمودي وبعض الصفات الإرثية (عمى الألوان ، الزمرة الدموية + Xga) التي تتوضع جنياتها على الكروموزوم X الجنسي .

2 ـ الفرضيات البيولوجية :

عزت هذه الفرضيات النفاس الهوسي الهمودي إلىٰ إضطرابات غدّية (معتمدة على معايرة الكورتيزول الدموي وACTH وH6H والتي تشير إلىٰ وجود اضطرابات) وإلىٰ اضطرابات شواردية . أو إلىٰ إضطرابات الوسائط العصبية (السيروتونين ، الكاتيكولامين ، الدوبامين) إلا أن عددا كبيرا من المؤلفين إعترض بأن هذه الإضطرابات والتبدّلات نتاج وظيفي للمرض يرافقه وليس عاملا سببيا له .

3 ـ العوامل النفسية الاجتماعية :

توجد عدة أبحاث وبائية إجتماعية إستهدفت إستخراج الرابطة بين العوامل الإجتماعية ونسبة التعرض للنفاس الهوسي الهمودي من بينها :

ـ بحث أمريكي في 1940 أشار إلىٰ أن الاصابة بالمرض أعلىٰ في المدن منها في الريف .

ـ أشارت أبحاث أخرىٰ إلىٰ نسبة التعرّض للمرض تصبح أعلىٰ لدىٰ الأقليات الفقيرة والمجموعات المهاجرة .

ـ بحث حديث إستنتج أن نسبة التعرّض للشّكل ثنائي القطب تزداد مع إرتفاع الطبقة الإجتماعية (ماديا) بينما تنخفض في الشكل وحيد القطب من المرض .

ـ كان الباحثون يفصلون بين الأحداث الخارجية وبدء النفاس باطني المنشأ إلاّ أن أبحاثا حديثة من بينها بحث «بشفلد» (1980) أثبتت وجود إرتباط بين أحداث قريبة (أقل من ستة أشهر) وحدوث النوبة النفاسية .

إن هذه العوامل الإجتماعية ترتبط إرتباطا وثيقا بطبيعة الحالة بالبنية النفسية للفرد وتؤثر عليها . ممّا يشير إلىٰ الدور الرئيسي الذي تلعبه العناصر النفسية الاجتماعية في نشوء المرض عند وجود الإستعدادات العضوية لذلك .

ـ العوامل النفسية المرضية

إستخلصت الدراسات أن شخصية المريض ثنائي القطب تكون في الحالة العادية قريبة من السواء إلا أنها تتّسم بالوسواسية ممّا يدعّم أهميّة العامل الارثي حسب بعض المؤلفين بينما تكون شخصية المريض وحيد القطب شخصية وسواسية مرتبطة مهزوزة قليلة النضج .

تعزو نظرية التحليل النفسي ، الحالة النفاسية الهوسية الهمودية الى حالة إحباط نفسي عميق يرجع الى مراحل الطفولة الأولى يسيطر عليه عوز شديد للحب والإشباع وشعور بالإهمال . مما يحدث خللا نرجسيا فادحا في البنية النفسية للفرد يعطي للواقع صورة مشوهة تنعكس عاطفيا في لا شعور المريض بأنه عاجز عن الحب وغير جدير به أيضا . إلاّ أنه في مرحلة الحرمان الباكر هذا تكون النزعة العدوانية شديدة (لدى الرضيع) بفعل رغبته الحيوية بالتدمير والانتقام وذلك في الطور الفمي ـ السادي ثم الشرجي ـ السادي . مما يحدث تثبيتا ونكوصاً إلى هذين الطورين ويتظاهر ذلك بمشاعر الذنب العميقة واتهام الذات والرغبة بتدميرها .

ونظرا لغياب الصورة الوالدية المثالية لا يتطوّر أنا مثالي بل تتثبّت صورة أمومية تتّسم بتكافؤ ضدي لا شعوري (حب ـ كره ، إرتباط وحاجة ـ رغبة بالانتقام والتدمير) ممّا يجعل شخصية المريض مهزوزة مرتبطة قليلة الثقة بالذات يعوزها النموذج المثالي ممّا يتيح خلال النوبات إنطلاق النزعات الغريزية المقصاة دون حواجز أنوية . . .

III تناذرات همودية ذات إشكالية بالتصنيف .

د الإكتئاب الإنتكاسي (السوداء الإنتكاسية)

تعرّف السوداء الإنتكاسية بأنها تناذر همودي يظهر بعد سن الخمسين لدى شخص لا توجد لديه سوابق مرضية نفاسية . لا يترافق هذا التناذر بتنكّس أو تراجع عقلي ولا تتخلّله نوبات هوسية .

أ ـ الأعراض السريرية

1 ـ الأعراض النفسية :

تتجلّى بتناذر همودي يظهر عند الشيخوخة ، بعد سن الخمسين . يتميّز هذا التناذر بأهمية الحصر والقلق الذين يغشيانه حيث يسيطر الهياج على المريض الذي يكون دائب الحركة والتململ والشكوى كما تغزوهُ مشاعر الذنب واتهام الذات بشكل هذيانات همودية فيسترجع الذكريات والأحداث البسيطة التي يحوّلها إلى مصائب يحمّل نفسه مسؤوليتها فيطلب ويستجلب العقاب ممتنعا عن الطعام ساعيا إلى الموت عن طريق الإنتحار إلا انه بنفس الآن ، يخشى هذا الموت وتتغلّب عليه المخاوف المراقية فتكثر الأوهام والشكاوى المرضية لديه فيتوهّم أنه محكوم بالموت ، مصاب بالسرطان أو بداء عضال آخر لا شفاء منه . ويضيف إلى عذابه النفسي ، ألاما وعذابات جسدية هذيانية ووهمية . وقد تتطور هذه الهذيانات وتتكثّف بشكل تناذر«كوتار» الذي يجمع هذيان النفي « مثلا أن أحشاءه تبخرت أو تعفّنت أو أن قلبه توقف عن النبضان وهذيان الخلود الأليم : حيث يقتنع أنه محكوم بالحياة إلى

الأبد في عذاب لا يطاق وهذيان اللعنة حيث يقتنع المريض أنه ملعون لذلك فهو مصدر كلّ المصائب والكوارث الذي تحدث حوله أو في العالم . . .

2) الأعراض الجسمية :

ـ يحدث إضطراب في النظام الحيوي للمريض ، فيصاب بأرق ممتد ومتصاعد .

ـ يشكو المريض من عدّة آلام جسمية وحشوية .

ـ تحدث لدى المريض إضطرابات هضمية تتميّز خصوصا بالقبض ، وينجم عن ذلك النحول والتجففّ غالبا .

ب ـ التطوّر :

تتطوّر السوداء الإنتكاسية بشكل بطيء ونـاكس لمدة طويلة ، فتصعب معالجتها ، ويكون الشفاء جزئيا غالبا .

لقد كانت السوداء الإنتكاسية موضوع جدل منذ البدايات الحديثة للطب النفسي حيث فصلها « كرايبلين » (1887) في تصنيفه عن الحالات الهمودية الأخرى وافترض أنها تتطوّر نحو العته او الموت إلاّ أن تلميذه « درايفوس » أثبت بعد عشرين سنة عكس ذلك (1907) حيث تابع تطوّر المرضى خلال كلّ هذه المدّة ، ووجد أن عدداً كبيرا منهم يشفى ، بينما لا يحدث العته إلا نتيجة لحوادث عضوية وعائية ، أما الموت فغالباً ما ينجم عن آفات عضوية أخرى .

نظراً لأن الهمود الإنتكاسي يختلف عن النفاس الهوسي الهمودي ثنائي القطب بينما يتقارب مع النفاس وحيد القطب ، نزع عدد من الباحثين إلى إعتباره تناذرا مشتركا يجمع بين النفاس وحيد القطب والهمود الإرتكاسي العصابي (حيث كثيرا ما يتلو صدمات ورضوض نفسية إضافة الى أثر الشيخوخة وسن اليأس والتراجع الوظيفي الإجتماعي . . .) بينما إفترض « فينوكير » وجود نوعين من النفاس الهمودي وحيد القطب : نوع باكر ونوع متأخّر ، أما الأعراض النفسية والجسمية (القلق ، القبض . . .) التي تعتبر مميّزة لهذا النوع من الهمود ، فإن بعض المؤلفين يعتقدون

أنها تعود في الحقيقة الى التقدّم في السن والتنكّس العضوي والإضطراب الوظيفي وبالتالي فهي لا تشكّل خصوصية للسوداء الإنتكاسية تميّزها عن انواع الهمود الأخرى .

ـ 2 ـ النفاسات شبه الدورية
أو
النفاسات الفصامية ـ العاطفية الحادة

أ ـ مفهوم الفصامات ذات الإضطراب المزاجي :

يتّسم الفصام عادة في لوحته السريرية بلا توافق وخلوّ عاطفيين بحيث لا يصنّف تبعا لميزاته الجوهرية ضمن الإضطرابات المزاجية . إلا أن تناذرا همودیا قد يفتتح أحيانا إضطرابا مرضيا ذا شكل فصامي أو يتظاهر خلال تطوره . كما أن محاولة الإنتحار تكون أحيانا العرض الأول أو العلامة الدالة على تبلور المرض الفصامي وهذه النزعة الإنتحارية علامة شائعة في التناذر الهمودي ، إلا أنها تكتسي شكل الغرابة الشاذة في الحالة الفصامية . لذلك طُرح التساؤل : هل يوجد بالفعل تناذر همودي في سياق تطوّر الفصام ؟

كذلك توجد أشكال نفاسية حادة لا نموذجية عزيت إلى الفصام تتسّم بأضطرابات مزاجية وهياج وإثارة وحالات هذيانية وجود وعناصر تخليطية تظهر بشكل مفاجيء وتختفي دون أن تترك إضطرابات دائمة .

في سنة 1933 نشر الطبيب الباحث « كازانان » دراسة حول تسعة من المرضى الشباب شاهد لديهم أعراضا مرضية وتطور يجمع بين النفاس الهوسي الهمودي والفصام ، وأطلق على التناذر المرضي تسمية : النفاس الفصامي ـ العاطفي .

منذ ذلك الحين وُصفت نفس الاضطرابات النفسية تحت عدّة تسميات منها :

ـ النفاس التنكّسي ـ هوس بل ـ نفاس فرنيكه المتبدّل

ـ النفاسات شبه الدورية ـ النفاسات ذات الشكل الفصامي (لانغفلد) ـ

الهجمات الهذيانية ـ النفاسات اللاّ نموذجية (ميتسودا) ـ النفاسات المشتركة .

في سنة 1957 . إبتكر « ليونهارد » تسمية « النفاسات شبه الدورية » وقدّم تصنيفا للنفاسات معتبرا إيّاها مجموعة إتصالية وهو التالي :

١ ـ النفاسات العاطفية (المزاجية) 2 ـ النفاسات شبه الدورية

3 ـ الفصامات اللاّ متكاملة 4 ـ الفصامات المتكاملة .

وفي سنة 1974 إقترح « برّيس » جمع كلّ الأوصاف والتسميات السابقة تحت تسمية « النفاس شبه الدوري » كشكل ثالث للنفاس يتّسم بالدورية ولا يعزى إلى سببية محدّدة .

إلا أن عددًا من المؤلفين ظلّ يصنفها تحت إطار النفاس الهوسي الهمودي (أوروبا) بين يصنفها عدد آخر مع الفصام (أمريكا)

ب ـ السمات المشتركة لهذه الإضطرابات

1 ـ يكون البدء غالبا فجائيا وحادًا

2 ـ تظهر في مرحلة باكرة من الحياة ودائما قبل سن العشرين .

3 ـ تظهر فيها إضطرابات المزاج واضحة ويتسّم بحالات همود وهياج .

4 ـ تحدث فيها أهلاس وأوهام وإهتزاز بالواقع .

5 ـ تشاهد عناصر تخليطية .

6 ـ توجد أفكار إنتحار وموت

7 ـ تكون الهجمة قصيرة الأمد تنتهي بالشفاء .

8 ـ تتعرّض الحالة للنكس .

ج ـ معايير التشخيص

أ ـ المعايير السريرية

1 ـ يحدث البدء دون أسباب خارجية ظاهرة

2 ـ تشاهد أطوار مرضية تتّسم بأضطرابات مزاجية يغلب عليها الهياج .

3 ـ حالة هذيانية مع أهلاس وأعراض جمودية .

4 ـ تخليط ذهني متفاوت الشدّة .

وهذه المجموعات العرضية قد تترافق أو تتواتر خلال التطوّر المرضي .

ب ـ المعايير التطورية

1 ـ تبدأ الإضطرابات قبل سن العشرين .

2 ـ تكون دورية وتتبع الفصول : هجمات ربيعية ـ خريفية .

3 ـ لا يكون التطوّر تنكسيا (أو تراجعيا) حيث يعود المريض إلى السواء إثر الهجمة .

4 ـ يكون المظهر التطوّري العام قريبا من الشكل ثنائي القطب من النفاس الهوسي الهمودي .

د ـ الانذار والسير

يعتبر متوسطا بين الفصام والنفاس الهوسي الهمودي حسب تغلّب النمط العرضي ، فيكون أفضل عندما تسيطر الإضطرابات المزاجية .

أجرى العلماء والباحثون عدّة دراسات حول العلاقة بين النفاس الهوسي الهمودي والفصام في نشوء النفاس شبه الدوري إلا أن هذه الدراسات تعارضت وتناقضت حسب المدارس الطبية والبلدان وربّما يعود ذلك إلى معايير التصنيف والتشخيص واختلافاتها وأخطائها .

ـ استنتج « كندال » 1969 من دراساته أن الفصام والنفاس الهوسي الهمودي تناذران مرضيان منفصلان .

يرى «زيبكند» 1971 أن الفصام العاطفي قد يتحوّل خلال تطوّره إلى نفاس هوسي همودي .

ـ إستخرج آنفست من إحصاءاته ومتابعته التطوّر المرضي . أن تناذرا مرضيا بشكل نفاس هوسي همودي يتحوّل إلى فصام (إحتمال) عند وجود سوابق عائلية فصامية بحتة أما عندما توجد سوابق مختلفة فالشكل الفصامي يظلّ على ما هو بينما

يتحوّل شكل فصامي همودي ألى نفاس هوسي همودي عند وجود سوابق عائلية فصامية وفصامية عاطفية (شبه دورية) وهوسيه همودية .

- يلاحظ وراثيا إزدياد نسبة الأطفال الفصاميين في عائلات.الهوسيين الهموديين (كامر 1970 ، بول 1973) .

- تفيد أملاح الليثيوم المستعملة في الهوس في المعالجة الوقائية للفصام العاطفي (المزاجي .

- تشاهد أعراض فصامية خصوصا جمودية في كثير من الحالات الهوسية .

- أكدّت دراسات وراثية حديثة وجود علاقات إرثية بين الإستعداد الوراثي للإصابة بالفصام العاطفي (المزاجي) والنّفاس ثنائي القطب .

IV الحالات الهمودية نفسية المنشأ . (خارجية المنشأ)

أ ـ مدخل

لايهدف هذا العنوان إلاّ إلى تفريق سريري بين حالات همودية نفاسية ووخيمة وحالات همودية أخرى ، إرتكاسية وعصابية . حيث ، وكما سبق وذكرنا في البحث السابق حول الحالات الهمودية ، لا يزال الجدل قائما ومشتدًا حول تصنيف هذا النوع من التناذرات المرضية النفسية وبالتالي حول سببيتها ومنشئها وتداخل العوامل الداخلية الإرثية والبيولوجية والنفسية البنيوية والإرتكاسية في آلياتها . فترى الفرضية الثنائية أن الهمود باطني المنشأ والهمود نفسي المنشأ إضطرابان يختلفان كيفيا ، إعتمادا على الفوارق الإحصائية بين نوعي الهمود والتي تشير إلى أن نسبة تأثير الوراثة أعلى بكثير في « الهمود الباطني » منها في « الهمود النفسي » إلاّ أن هذه الإحصاءات والدراسات لا تقدّم نتائج وإثباتات حاسمة . بينما ترى الفرضية الأحادية (فرضية المجموعة الإتصالية) أن الهمود تناذر وحيد والاختلاف كمّي وليس نوعيا ويعترض البعض على هذه النظرية بأن «الهمود الباطني» يستجيب للعلاج بالصدمة الكهربائية بينما لا يتأثر بذلك الهمود العصابي .

ونحن نرى أن الهمود كمون وآستعداد نفسي مزاجي تتضافر فيه عدّة عوامل إرثية عضوية (أي أنه لا توجد مورّثة وحيدة تحمل عامل الهمود وتنتقل حسب قوانين الوراثة) وعوامل نشوئية نفسية تحدّد أسس الشخصية وبنية الأنا حسب تأثيرات المحيط النفسي الإجتماعي والمادي ويعني ذلك أنه لا يوجد شخص منيع على الهمود لأي سبب كان لأن مورثاته لا تحمل هذه الصفة بل إن درجة إستجاباته للدوافع الهمودية (الناجمة عن تفاعل المثيرات الخارجية مع البنية النفسية) تتعلّق بكامل بنيته النفسية ـ الجسمية وديناميكيتها وثغراتها من حيث تكاملها كوحدة وجودية تتبلور في

الأنا النفسي ـ الجسمي .

ولا نعتقد أن الإستجابة للصدمة الكهربائية معيار يؤخذ به لتحديد نوعية التناذر الهمودي . فالصدمة ليست علاجا نوعيا « للهمود الباطني » بل تستجيب لها ... اذرات مرضية نفسية أخرى كالهجمات النفاسية الحادّة والدفعات التطورية الفصامية وخصوصا الفصام الجمودي (ونحن نعلم ما يفترضه البعض من علاقة بين الحالة الجمودية والحالة الهوسية) .

إن آلية تأثير الصدمة الكهربائية غير محدّدة إلى الآن ، إلاّ أنها تؤثّر حتما على التوازن الشاردي والوسائط العصبية ، في الجهاز العصبي المركزي ، التي تلعب دورا رئيسيا في تنظيم المزاج لذلك فهي تضطرب في النفاسات الوخيمة خصوصا المزاجية منها وهذا الإضطراب يحدث تبعا لشدّة الإضطراب ومدّته و «نتاجا» له . بحيث أن الصدمة التي تقوم بالتأثير على الديناميكية الفيزيولوجية لهذه الوسائط تعدّل التوازن المضطرب وبالتالي تعدّل المرضية المزاجية بآلية راجعة بينما لا تؤثّر في الحالات الهمودية العصابية لأن الإضطراب الفيزيولوجي لا تصل إلى العتبة التي تصبح قابلة للتأثر ، بمفعول الصدمة الكهربائية . . .

ب ـ خصائص التناذرات الهمودية نفسية المنشأ :

(الاعراض والعلامات العامة)

١ ـ إضطراب المزاج الهمودي :

حيث يتّسم الشخص باليأس والتشاؤم والحزن وفقدان الأمل فيعتبر أن حياته مليئة بالعقبات والمصاعب وأنه سار بطريق خاطىء وخسر عدة فرص . يعزو مسؤولية ذلك إلى ظروفه ومحيطه والى القدر ونادرا ما يميل إلى إتهام نفسه بل يشعر بالمهانة والعزلة وفقدان إهتمام الآخرين ومبالاتهم .

2 ـ القلق والحصر الظاهران

يبدو ذلك بشعور بالضيق والعصبية والرجفان والإضطرابات الإنبانية والشكوى من آلام جسمية وحصر نفسي والخوف من الموت والعزلة والمستقبل .

3 ـ سلوكيات و نزعات إنتحارية :

تكثر المحاولات الإنتحارية إلا أنها تكون أقلّ « عزما » من المحاولات الإنتحارية في الهمود الوخيم . فهذه المحاولات كثيرا ما تدلّ على مساومة عاطفية » ، يستهدف بها الفرد جلب الإهتمام والعطف الذين يحسّ أنه فقدهما أو تكون صرخة استغاثة يطلقها في يأسه وعزلته النفسية . ولا يعني هذا أنه يجب الإستخفاف بالسلوك الإنتحاري في الحالات الهمودية « الخفيفة » بل يجب التأكّد من أن الخطر الإنتحاري قائم خصوصا لدى المسنين والمراهقين والأفراد المنعزلين .

4 ـ اللجم النفسي الحركي :

يكون محدودا أو غائبا إلا أن الهمودي يكون واهنا ، يشكو التعب ويعمل دون متعة أو حماس ، يعجز عن إتخاذ قرارات رئيسية ومواجهة المسؤوليات .

5 ـ تظهر الأعراض العصابية أو تشتد خلال الحالة الهمودية

6 ـ إشتداد الإرتكاس للمحيط

يصبح المريض شديد الحساسية لما يحدث حوله وتجاهه إن سلبا أو ايجاباً فيزداد يأسه وتشاؤمه وقلقه وحصره عندما مواجهة فشل أو ضغط من المحيط . بينما يطمئن ويخفّ إضطرابه ، إن أحيط بالعناية والرعاية ووجد حوله التفهّم والمساعدة

7 ـ تتأثر الإضطرابات بالسمات الخصوصية لشخصية الفرد وتصطبغ بها

تحدث دائما إضطرابات جسمية لدى المريض أهمها :

- الإضطرابات الواسمة للقلق : الدوار الصداع ، الحصر التنفّسي ، الخ
- إضطراب النوم : فرط النوم ، النوم الخفيف ، تقطّع النوم ، الكوابيس ، الأرق .

- إضطراب الشهية : القمة أو الشره .
- إضطرابات جنسية : لجم الغريزة الجنسية ، عنّة الخ . . .

ج ـ تصنيف الحالات الهمودية نفسية المنشأ (أو خارجية المنشأ)

1 ـ الهمود الإرتكاسي :

حالة همودية ترتبط بحدث ، راض نفسيا ، حديث العهد (أقل من خمسة أشهر) تظهر الحالة الهمودية ، غالبا ، إثر أيام من الصدمة التي قد تكون موت شخص قريب أو فشلها عاطفيا أو مهنيا الخ . . . وتتميّز عن الحزن الطبيعي بشدّة أعراضهـا وامتدادهـا الزمنـي . فيكون المريض بحالـة من الإكتئـاب العميق واللّا مبالات فاقدا المبادرة والإرادة يهمل ذاته ومن حوله لا يأبه بحاجياته ممتنعا عن الطعام قليل الكلام والتعبير والحركة ، لا يقوم بأعماله ووظائفه الحياتية العادية .

2 ـ الهمود الظرفي :

يرتبط بالظرف الوجودي الراهن فقد يعود إلى هجرة ولا تلاؤم مع الوسط الجديد ، أو إلى عزلة فعلية كالسجن أو إلى ظروف مادية صعبة يعيش الفرد (كما في حالة البطالة) الخ . . .

3 ـ همود الإرهاق :

يحدث لدى الأفراد الذي يتلقّون عرّضات نفسية وضغوطاً مستمرّة ومتتالية في حياتهم كرجال الأعمال والمسؤولين في المجتمع (إداريا أو سياسيا) والنّساء اللواتي يعشن سيطرة زوجية مفرطة وإشكالات أسروية . . .

4 ـ الهمود العصابي :

يحمل العصابي عناصر تثبيت ونكوص في شخصيته ، ترتبط برضوض وإحباطات نفسية قديمة ، إلا أنه يبني عبر آليات دفاعه الأنوية توازنات ذاتية وعلائقية هشة ومهتّزة بحيث تعتمد بنيته النفسية الديناميكية ، والعلائقية على

منظومة تعويض تحافظ على ما يكفي من تقييمة لذاته . لذلك كثيرا ما تتدخل أحداث خارجية لتحيي الصراعات العصابية القديمة وتجعل التوازن والتعويض ينهاران ، مما يؤدي لحالة همودية . ولا ضرورة لأن يكون الحدث المسبب راضًا موضوعيا فهو يكون فشلها عاطفيا أو طلاقا كما قد يكون نجاحا مهينا وترقية إلى مسؤوليات جديدة (لا قبل للعصابي لتحملها حسب «تصوره») .

5 - الهمود الإرتكاسي النفاسي :

ينجم مثل الهمود الإرتكاسي عن حدث خارجي راض نفسي ، إلا أن الحالة الهمودية تمتد لأمد طويل . بينما تفقد الحالة العاطفية للمريض إرتباطها بالظرف الراض وتشتد الأعراض لتأخذ صفة وخيمة تتصف بالإكتئاب الشديد واتهام الذات ومشاعر الذنب التي قد تصل إلى حالة هذيانية ويزداد هنا خطر الإنتحار .

د - إضطرابات المزاج العرضية :

وهي تحدث إثر إصابات مرضية أخرى نفسية أو عضوية لا يكون فيها التنافر المزاجي العرض الرئيسي .

١) الإضطرابات المزاجية : الثانوية (التالية) لإضطرابات نفسية أخرى . تنشأ خلال تطور إضطرابات نفسية أهمها :

- الفصام : حيث تظهر ببدء المرض أو خلال أحد مراحل تطوره بأشكال مختلفة مثل :

● حالات هوسية لا نموذجية تتميز بفقدان الإنشراح والإنسجام والتناغم المعهودة لدى الهوسي بل تتصف بتكافؤ ضدي عاطفي وبرود وآلية .

● حالات همودية لا نموذجية : تترافق مشاعر الذنب والمصيبة بالإحساس بتبدل الجسد والتفكير والمحيط وتأخذ شكل همود هذياني .

- النفاسات الهذيانية المزمنة .

- الحالات العصابية والشخصيات المرضية :

- الأدمان على المخدرات والكحولية .

ـ حالات العته والتخلّف العقلي .

2 ـ الإضطرابات المزاجية التالية لإصابات عضوية :

قد تكون الإضطرابات المزاجية العلامة الأولى لبعض الآفات العضوية او تحدث خلال تطوّرها وتتميّز غالبا بحالة تخليطية همودية . ويجب إذّاك التفكير بآفة دماغية أو إنسامية أو إستقلابية . وأندر من ذلك مشاهدة حالة تخليطية هوسية أو إضطراب مزاجي صريح همودي أو هوسي . ومما يصادف أيضا إضطرابات مزاجية لا نموذجية كالوهن العدائي وفرط الإثارة والعبوس .

من هذه الآفات :

1 ـ الآفات العصبية المركزية :

ـ الحالات العتهية والإصابات الوعائية الدماغية .

ـ داء باركنسون .

ـ التصلّب اللويحي

ـ الأورام الدماغية

ـ عقابيل الرضوض الدماغية .

ـ الصرع .

2 ـ الآفات الغدّية .

ـ الداء السكري .

ـ آفات الكظر

ـ الآفات الدرقية

3 ـ الآفات الجهازية .

ـ الذئبة الحمامية المنتشرة .

ـ التهاب المفاصل العديد المتطوّر .

ـ أمراض الغراء .

4 ـ الأمراض الإنتانية .

ـ الداء السليّ .

ـ كلّ الآفات الجرثومية والفيروسية

5 ـ السرطانات خصوصا منها البنكرياسية

6 ـ الإعتلالات القلبية
7 ـ كل الآفات العضوية المديدة أو الشديدة .

3 ـ الأضطرابات المزاجية الناجمة عن الأدوية

١) المحدثة للهمود

ـ بعض خافضات التوتر الشرياني كالرزربين خصوصا ، وآلدوميت .
ـ الستيروئيدات القشرية .
ـ مانعات الحمل الحاوية نسبة عالية من البروجسترون .
ـ الدوبا L – Dopa ـ الغوانتيبدين ـ البروبونولول ـ الكلونيدين ـ الريميفون Rimifon .

2) المحدثة للهوس

ـ تتحوّل بعض الحالات الهمودية المعالجة بمضادات الهمود أو عند تعاطي الأمفيتامينات ، إلى حالات هوسية . ولذلك لتواجد النفاس الهوسي ـ الهمودي لدى المريض .

4 ـ تناذرات الفطام :

عند فطام المدمنين عن الكحول او المخدرات قد يحدث إضطراب مزاجي همودي قلق وفرط إثارة وذلك يعود إلى فقدان وسيلة الهروب من الواقع والإشكالية الذاتية ، التي كان يمثلها المخدر ، ممايتطلب متابعة المريض بمعالجة نفسية داعمة وإعطاء مضادات همود عند الحاجة .

وتصادف حالات همودية مشابهة عند إتّباع أنظمة تخفيض الوزن . وهي كثيرا ما تدخل في نطاق حالة القمه العقلي التي تحدث خصوصا لدى المراهقين .

معالجات الاضطرابات المزاجية

1 ـ معالجة الهجمة الهوسية .

تتطلب الهجمة الهوسية الصريحة إستشفاء ، المريض حتى يتلقّى المعالجة الملائمة ولتتمّ حمايته وحماية محيطه من عواقب إضطرابه . إلاّ أن المريض يكون مهتاجا ممّا يتطّلب تهدئته بحقنه عضلية من أدوية سريعة المفعول مثل درولبتان 50Droleptan مغ . ثم يبدأ بعلاج دوائي بالمثبّطات العصبية مثل الهالدول Haldol بمتوسط 10-15 مغ عضليا أو عن طريقالفم وتتراجع الأعراض تدريجيا بدءا بالهياج والهذيان وانتهاءا باستقرار المزاج وتعدّله . خلال ذلك يجب القيام بالفحوص المخبرية اللازمة للبدء بالمعالجة بأملاح الليتيوم (كاربونات الليتيوم) ويرى البعض تخفيف مقادير المثبّطات العصبية ، تدريجيا بينما تبدأ المعالجة بالليتيوم الذي يجب ان تصل نسبته الدموية إلى 0,06-1,10 ميلي معادل / 100مل دم ، وهذه المعالجة ذات مفعول وقائي .

2 ـ معالجة الحالات الهمودية .

يجب استشفاء كلّ المرضى الذين يعانون تناذرا همـوديا شديدا أو يخشى من خطر الإنتحار لديهم أو الذين يعانون إضطرابات شديدة عامة أو بالنوم وكذلك المرضى المسنّين والذين لم يتحسنوا بمعالجة خارج المستشفى .

ـ يلجأ للعلاج بالصدمة الكهربائية عندما يوجد خطر إنتحاري كبير كما في الحالات الهمودية الهذيانية والقلقة وفي الأشكال الذهولية والتي لا تخضع للمعالجات الدوائية أو يوجد فيها مضاد إستطباب للأدوية .

تجري الصدمة تحت التخدير العام وباستعمال الشالات العضلية بمعدّل ثلاث حصص أسبوعيا . بمجموع 6 الى 10حصص . مع إتخاذ الإحتياطات الطبية المتوجّبة .

ـ العلاج الدوائي :

يغلب استعمال الأدوية مضادات الهمود ثلاثية الحلقة التي تعطي نتائج ايجابية في 70%من الحالات .

مثلا في الحالات الهمودية القلقة والمتوترة توصف مركبات ذات مفعول مركّن (مهدِّيء) مثل الأميتـر بتيلـين : إيلافيل Elavil أو تريمبريـين ، سورمنتيل Surmonhl . . . . .

وفي الحالات الهمودية اللجمية توصف مركّبات ذات مفعول منشّط مثل ايميرامين Tofianil ، كلوميبرامين : Anafrunil أنا فرانيل .

يجب الإحتياط لمضادات الإستطباب لمضادات الهمود ومنها :

ـ القصورات الكبدية والكلوية .

ـ الإعتلالات القلبية المتطوّرة واضطرابات النظم القلبي .

ـ التصلّب الشرياني .

ـ الزرق .

ـ آفات البروستات واحتباس البول .

ويجب الحذر في الصرع ولدى الكحوليين والمسنين .

يعطى العلاج عادة بمقادير متزايدة تصل إلى الجرعة الفاعلة (عموما 150مغ) خلال أيام يغلب أن تكون عن طريق الفم إلا في الحالات الهمودية الشديدة حيث تعطى عن طريق الوريد (أنافرانيل ، اميتربتلين) ويمكن أعطاء بعضها عن طريق العضل (أيمبرامين ، أميتربتلين) يفضّل حاليا إعطاء المقدار الدوائي بجرعة وحيدة قبل النوم ولا يظهر مفعولها الكامل إلا بعد أسبوع إلى ثلاثة أسابيع ويمكن تخفيف الجرعة بعد ذلك .

لا يجب جمع مضادات الهمود مع الباربيتورات أولاجمات المونوآمين أوكسيداز INO .

● توجد مضادات همود أخرى ذات تركيب كيميائي متنوع مثل تومیفنسین Nomlfensine, Vlloscazine, Mlaserine, maproptiline .

ـ أما مضادات المونوآمين أوكسيداز .I.M.A.O فهي أقل مفعولا على الهمود من المركبات الحلقية الثلاثية وتتطلّب حذرا وأحتياطات أكثر يظهر أثرها بعد أسبوعين

ويدوم لعدة اسابيع بعد ايقاف العلاج من بينها marsilid مارسيليد سرفكتور Survector .

في كلّ الحالات يجب مراقبة حالة المريض نفسيا (حيث قد يحدث إنقلاب هوسي للمزاج) وجسديا (الجهاز الدوراني ، الجهاز البولي ، الجهاز المضمي . . .)

وتكون المقادير المعطاة في الحالات الهمودية الخفيفة (نفسية المنشأ) أقل عموما من الحالات الشديدة .

في الحالات الهمودية اللّانموذجية (لدى الفصاميين . .) تترك مضادات الهمود مع المثبطات العصبية (منشطة : دوغماتيل Dogmatil ، مبتدئة : Nozinan نوزمينان ، Neuleptil نولبتيل) .

- المعالجة النفسية

يجب دائما اشراك المعالجة الدوائية بمعالجة نفسية تتلاؤم مع الحالة وخصوصية شخصية المريض وخلفيته المرضية النفسية فهي تتراوح من معالجة نفسية داعمة ومعالجة جماعية ، ومعالجة بالاسترخاء حتى التحليل النفسي الكلاسيكي طويل الأمد .

ويعتقد عدد من الباحثين أن نوعا حديثا من العلاج هو العلاج النفسي المعرفي المستند إلى النظرية السلوكية والنظرية المنظوماتية ، تحمل تحسّنا ملحوظا خصوصا عند إشراكها بالأدوية .

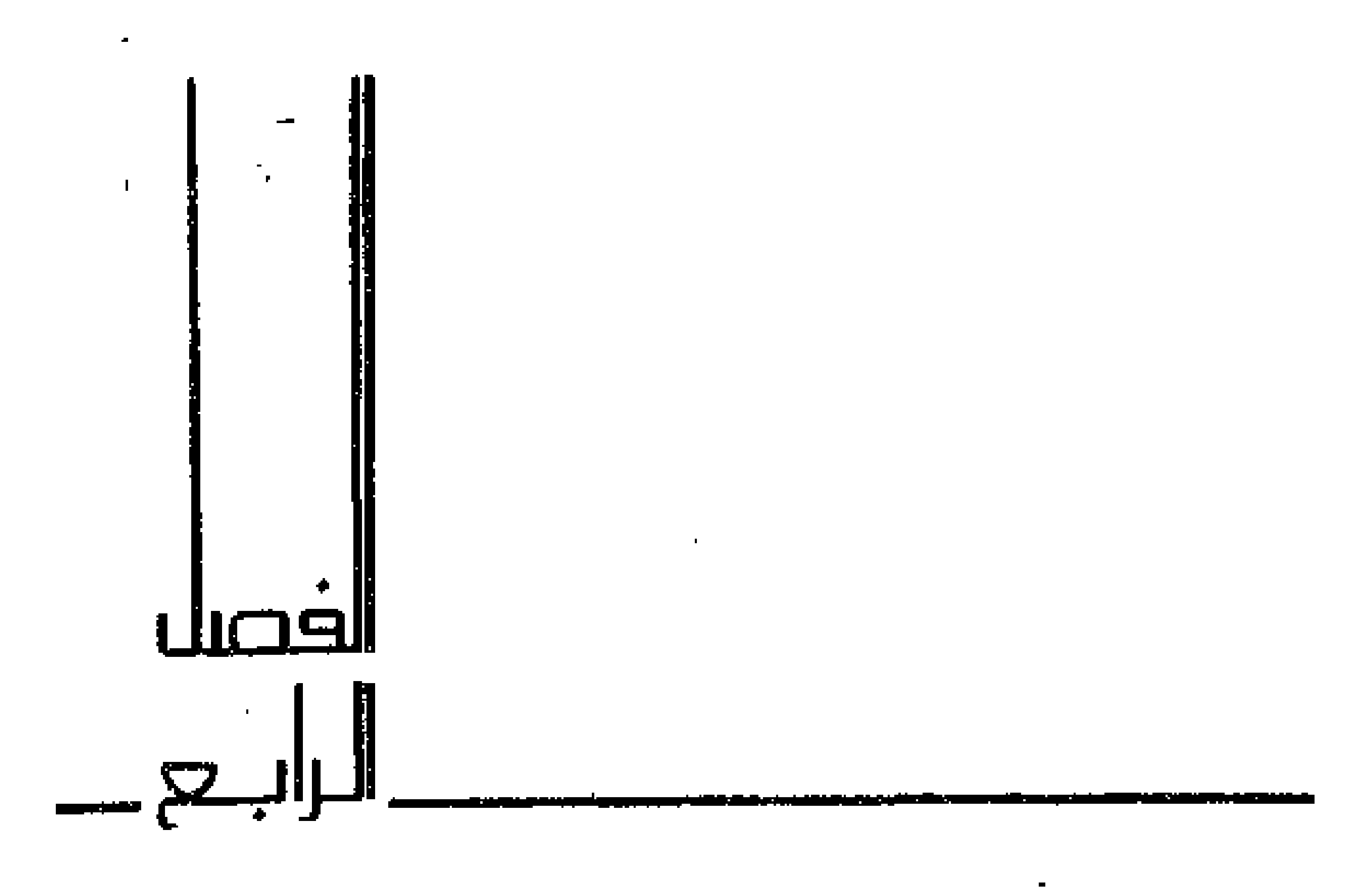
- المعالجة بالحرمان من النوم =

لاحظ العلماء أن الحرمان من النوم يعدّل الإضطراب المزاجي لدى الهموديين (الشديدين خصوصا) لذلك اقتراح « شولت » وفلوغ » و« تولي » معالجة متكرّرة بالحرمان من النوم وتوصّلوا إلى نتائج جيّدة .

3 - المعالجة الوقائية للنفاس الهوسي الهمودي (المعالجة بالليتيوم) يشكل تعاطي أملاح الليتيوم (كاربونات الليتيوم) لفترات مديدة اجراءا وقائيا يمنع أو يخفف النكس المرضي . وهو يتطلّب تجنب مضادات الاستطباب (القصور

الكلوي ، القصور القلبي ، الآفات الوعائية الدماغية ، الإضطرابات الشورادية ، الحمل . . .) كما يتطلّب مراقبة سريرية ومخبرية مستمّرة للمريض (خصوصا التوازن الشاردي)

ـ يبدأ بجرعات خفيفة مرتين يوميا تتزايد حتى تصل نسبة الليتيوم بالدم إلى 0,60 ـ 0,80ميلي معادل/ باللتر . وهي النسبة الفاعلة . يعاير الليتيوم في اليوم الأول والرابع ثم اسبوعيا ثم شهريا تجنّبا لوصول نسبته الدموية إلى مقادير سمية .



الهذيانات الحادة

الهجمات الهذيانية
(النفاس الهذياني الحاد)

تتّصف الهجمة الهذيانية بتظاهر حاد ومفاجيء لحالة هذيانية متعدّدة الأشكال تنجم عن إضطرابات في الحس والإدراك والوعي والمحاكمة والعلاقة مع العالم الخارجي . تدوم الهجمة أمدا قصيرا لا يتجاوز في أقصاه بضع أسابيع ثم يعود المريض عادة إلى حالته النفسية البدئية .

أطلقت على الهجمات الهذيانية عدة تسميات حسب النظريات المتعلّقة بإطارها السريري وسببيتها وتطورها . من هذه التسميات : الزور (البارانويا)

الحاد : «ليسبال» ، التخليط الهذياني الحاد «كرافتنمنغ» (ألمانيا) ، الفصام الحاد «بلولر» (سويسرا) الهذيان التأويلي الحاد : فالنس (فرنسا) .

أما «هنري أي» فهو يدخلها في إطار تفكك الوعي ويسميها النفاس التخليطي الحلمي . بينما يسميها «جاسبرز» التجربة الهذيانية البدئية معتبرا أنها تعايش بين واقعين الواقع الفعلي وواقع مصطنع يماثل الحلم وينشأ من تأويل باطني للواقع الخارجي المعاش .

وفي مؤتمر لمنظمة الصحة العالمية سنة 1978 نوقش تصنيف الهجمات الهذيانية التي نسبت إلى النفاسات الوظيفية ووضعت إحتمالات ثلاثة

1- أنها شكل من أشكال النفاس الهوسي الهمودي
2- أنها شكل متوسّط من الفصام والنفاس الهوسي الهمودي
3- أو أنها شكل نفاسي مستقلّ وقائم بذاته

أ ـ شروط ظهور الهجمة الهذيانية :

تحدث الهجمة الهذيانية عادة لدى فرد مراهق أو شاب ، غالبا تحت سن الثلاثين ، كثيرا ما توجد سوابق عائلية . يكون الشخص هش الشخصية محدود النضج الإنفعالي ، ذا طبع حسّاس وقلق ، يجد صعوبات بالتماهي والتكيف ، دون أن يكون عصابيا متكاملا ، غالبا من النوع الواهن ، المنطوي ويحمل سمات هستريائية .

كثيرا ما تكون الهجمة الهذيانية ذات علاقة برضّ نفسي إذ قد تحدث إثره مباشرة ، كما في حالات الموت والزواج والولادة والصدمات العاطفية الأخرى أحيانا يسبق الهجمة الهذيانية حالة قلق وتوتّر واضطرابات نوم ، إلا أنه يغلب البدء الحاد والمفاجيء للتناذر .

ب ـ النموذج السريري الوصفي للهجمة الهذيانية :

ـ يصاب المريض بهذيان متعدّد الأشكال ينشأ بشكل مفاجيء وحاد ، وهو يعيش هذا الهذيان بقوّة ولا يبالي بالواقع المحيط به بل يندمج فورا ومباشرة في هذيانه

المتبدّل فيستجيب له بهياج نفسي ـ حركي وحالات قلق وحصر أو إنتشاء وبهجة . بينما يضطرب إتصاله مع العالم الخارجي ولا يمكنه نقل تجربته إلىٰ الآخرين .

تكون الآلية الذهنية (تناذر كليرمبو) حاضرة دائما ، فيحسّ المريض بأن ذهنه أصبح يعمل بشكل آلي مستقلّ عن إرادته وأن أفكاره وأعماله لا تنتمي إليه ، مما ينشيء حالة من إضطراب الواقع والشعور بفقدان السيطرة على الذات .

تحدث أحيانا أهلاس نفسية ـ حسّية تتميّز بكثرتها وتنوّعها وقوّتها (حسية ، سمعية بصرية ، شمية) ، وتكثر كذلك الأوهام والتأويلات والإستبصارات الخادعة .

أما مضامين الهذيان فهي كثيرة تغلب عليها المواضيع الدينية والإستعلائية والجنسية والتعقّبية .

ـ يشاهد أيضاً إضطراب مزاجي يتّسم بالتبدّل المزاجي السريع لدىٰ المريض الذي ينتقل من حالة إثارة إلىٰ حالة همودية وبالعكس تبعا لتبدّل محتويات هذياناته .

ـ يضطرب الوعي لدى المريض فيصبح شبه حلمي أو غروبي ويكون إدراك الواقع غائما بينما يكون الإنتباه إصطفائيا مع فرط يقظة متعلقة بالمحتويات الهذيانية . إلا أن اليقظة لا تضطرب بشكل عميق كما لا يحدث فقدان حقيقي للتوجّه الزماني المكاني . فلا يصل إضطراب الوعي إلىٰ درجة التخليط الذهني

ـ يحدث ضياع عميق بالشخصية وازدواج هلسي ينال وعي المريض بجسده وكما ينال عقله ، حيث يشعر بتبدّلات تطرأ عليه وبتأثير قوى خفية خارجية على تفكيره وسلوكه .

ـ الحالة العفوية : قد تكون سوية ـ ويشاهد إضطرابات بالنوم وأحيانا : قمه ، إمساك ، إرتفاع حرارة الأشكال السريرية .

تحدّد تبعا لسيطرة إحدىٰ الآليات المرضية النفسية أو إنفرادها في الهجمة الهذيانية .

ـ الأشكال الخيالية الحادة :

يكون نشاط المريض النفسي غنيا بالخيالات والقصص الخرافية التي يبتكرها دون توقّف وهي غالبا ما تتمحور حول موضوع ديني أو جنسي . تشاهد هذه الأشكال لدىٰ الشخصيات الهستريائية والمتخلّفين عقليا .

ـ الأشكال التأويلية الحادة :

تكتسي طابعا إنفعاليا شديدا ، يبني فيه المريض هذياناته المتعلّقة غالبا بالغيرة أو الإساءة على تأويل الأحداث الخارجية .

ـ الأشكال الهلسية الحادة

حيث يسيطر تناذر التأثير (الخارجي) والأهلاس السمعية الكلامية .

ج ـ الأسباب والأشكال السببية :

تنشأ الهجمات الهذيانية غالبا إثر رضوض نفسية أو جسدية خصوصيا العصبية منها وكذلك لدى الشخصيات الهشّة البنية . لذلك خلال الفحص النفسي للمريض لا بد من معرفة كيفية نشوء الهجمة والأحداث التي سبقتها والسوابق الشخصية والعائلية والإرثية للمريض وكذلك العناصر المرضية في بنية شخصيته .

1 ـ النفاسات الهذيانية الحادة ما بعد الرضية والتالية لإضطرابات عضوية تعود خصوصا إلى كلّ عناصر الإصابات الدماغية (الرضوض ، الإنتانات ، العوامل الدوائية والسمية ، الإصابات الوعائية والإضطرابات الغدية والإستقلابية) . وهي غالبا ما تتسبّب بتناذرات تخليطية حلمية ، إلاّ أنها قد تؤدي أيضاً إلى هجمات هذيانية شبه حلمية خصوصا في حالات الإدمان على المخدرات .

2 - النفاس التالي للولادة :

يعود خصوصا إلى الرض النفسي أكثر منه إلى الرض الجسدي الموافق للولادة ويرتبط ببنية شخصية المرأة . ولا يوجد إلى حد الآن تصنيف محدّد لهذا النوع من النفاسات .

تحدث 75٪ من الحالات النفاسية التالية للولادة خلال الطور الباكر عقب الولادة (أي خلال ستة أسابيع) .

تشاهد سريريا حالة تخليطية ـ هذيانية مع الأعراض التالية :

ـ إضطرابات بالوعي تتراوح من الإندهاش حتى تبلّد الذهن .

ـ إضطرابات عاطفية عميقة

ـ هيجان قلق

ـ أعراض همودية مع خطر الإنتحار أو قتل الوليد

ـ هذيانات يتمحور موضوعها غالبا على الولادة والعلاقة بين الأم والطفل (إنكار الحمل ، الولادة ، شعور هذياني بالذنب ، هذيانات تعقّب تتعلّق بالوليد) ويكون التطور المباشر لهذا النفاس حسنا غالبا .

3 ـ الهجمات الهذيانيــة ذات المنشأ النفسي أو الإرتكـاسي تحـدث هذه الهجمات إثر رض نفسي محـدّد وتـكتسي صبغـة إنفعاليـة شديـدة . وينشأ هذا الإرتكاس لدىٰ أفراد يتسمون «باستعداد هذياني» وضعف إنفعالي عميق ينال من المقاومة النفسية أمام عوامل الحصر والحرمان الشديدة .

4 ـ التجارب الهذيانية البدئية :

هجمة هذيانية حادة مفاجئة لا ترتبط بأي عمل خارجي أو سوابـق مرضيـة محدّدة وهي الأكثر مشاهدة ، تحدث غالبا لدىٰ أفراد يعانون تخلّفا عقليا أو ضعفـا بالشخصية يهيئهم للإيحاء ، يحملون سمات هستريائيـة سلبيـة ـ ارتباطيـة أو لدىٰ سيكوباتيين وملجمين وشبه فصاميين ، ويتفاوت الإنذار هنا بشدّة من فرد لآخر

ب ـ تطوّر الهجمات الهذيانية :

1 ـ تشفى 30 - 50٪ من الحالات وهي تلك التي تعقب رضا نفسيا خارجي المنشأ وتبرز بشكل حاد مفاجيء وشديد وتترافق باضطرابات مزاجية هامة وغالبا ما تسبقها بعض الإضطرابات النومية (أرق) فهي تتمثّل غالبا في هجمة وحيدة قد تعقبها بعد الشفاء طور من الوهن .

2 ـ التطور الدوري : 40 - 50٪ من الحالات :

ويأخذ نموذجين

أ ـ نكس الهجمة الهذيانية ذاتها أما يسمى «الهذيان الخسوفي» حيث تتكرّر الأطوار الهذيانية بينا تتخلّلها مراحل طويلة من الهدوء والهجوع .

ب ـ تحوّل الهجمة الهذيانية إلىٰ شكل نفاسي هوسي همودي في 7٪ من الحالات . يحدث ذلك غالبا لدىٰ أفراد شباب (حول 20 سنة) وعندما تتغلّب الصفحة المزاجية في الهجمة الهذيانية .

3 ـ التطوّر الفصامي :

تعطيه الإحصائيات نسبة 15 - 30٪ ، يحدث هذا التطوّر إثر هجمة وحيدة أو عدّة هجمات وتشير بعض العلامات إلىٰ هذا التطوّر منها : التفارق ، الإيمائية المصطنعة والغريبة ، غرابة محتوى الهذيانات تشوّه صورة الجسد .

4 ـ التطوّر إلىٰ أشكال شبه فصامية وإلىٰ فصام مزاجي .

5 ـ التطور إلىٰ هذان مزمن .

تطوّر نادر يحدث لدىٰ أفراد مسنين (تجاوزوا الأربعين) وتأخذ أشكالا مثل الهذيان الزوري والنفاس الهلسي .

هـ ـ الإنذار :

أ ـ عناصر الإنذار الحسن :

ـ البدء الشديد الحدّة للهجمة الهذيانية

ـ وجود عوامل محدثة خارجية هامة

ـ أهمية الإضطرابات المزاجية خلال الهجمة .

ـ غياب سوابق عائلية فصامية .

ـ وجود شخصية ذات بنية شبه مرضية غير فصاموية

ـ التحسن السريع بفعل العلاج .

ب ـ عناصر الإنذار السيء :

ـ البدء تحت الحاد للهجمة

ـ وجود عناصر مرضية تسبق الهجمة خلال أشهر أو سنوات تتمثل في اضطرابات سلوكية ومحاولات إنتحار وإنطواء وصعوبات تكيّف واتصال .

ـ يكون المضمون الهذياني أقل ثراء وتنوّعا ويتركز حول مواضيع تعقبّية ومراقية دون موقف ناقد من المريض إثر انحلالها وبقاء شحنة عميقة من القلق تجاه تكامل الذات مما يشير إلىٰ إحتمال تطوّر تفككي .

ـ يكون التطوّر مديدا قبل الفحص الطبي

ـ وجود سوابق عائلية فصامية

ـ وجود علامات تشير إلىٰ شخصية فصامويّة

ويجب الإشارة إلىٰ أن عناصر الإنذار هذه لا تحمل إلا قيمة ترجيحية إذ قد يحدث تطوّر إيجابي إثر علامات سيئة والعكس صحيح .

و ـ المرضية النفسية للهذيان الحاد :

يقارب الباحث «هنري أي» الهذيان الحاد من جانب ظواهري فيعتبره تفككا بالوعي حيثيحدث إضطراب بالإدراك وتشوّه لبنية الزمانية ـ المكانية للعلاقة بين الأنا والعالم الخارجي فيقع تداخل واضطراب في التمييز بين المحسوس والمُعاش الراهن وبين الحياة النفسية الباطنة . بحيث يلتبس الذاتي والموضوعي . ويرى «مرلوبونتي» أن الهوية الأنوية تضطرب بحيث يعيش المريض أفكاره وأحاسيسة الباطنة المضطربة وكأنها قادمة من العالم الخارجي ، وبما يؤدّي إلىٰ الإزدواجية الهلسية والآلية الذهنية (النشاط الذهني اللاإرادي) فيبدو وكأن الوظيفة النفسية الخيالية قد فاضت علىٰ العالم الخارجي وغمرته .

كذلك قام فولن (1963) بدراسة حول الحالات شبه الحلمية التي تدخل ضمنها الهجمة الهذيانية ، فأشار إلىٰ أن المريض يتميّز بشخصية هشة يصعب عليها التكيّف بشكل سوي ، لذلك فهي تقوم ببناء «شخص» أو «شخصية تمثيلية» تغلّف الأنا وتقنّعها وتحميها فتوفر لها تكيفًا غضًا . إلاّ أنها تكون متناقضة مع الحقيقة العميقة للشخصية الأصلية بحيث تنهار هذه «الشخصية المصطنعة» عندما تنضب إمكاناتها أمام موقف يحمل شحنة إنفعالية شديدة أو عند فقدان معايير الإستقرار العاطفي (كفقدان عاطفي ، أو طلاق أو تغير بالمحيط الثقافي الإجتماعي) . إذاك تدخل البنية النفسية العميقة في حالة فزع وتحاول التخفيف من الفزع والحصر عبر الهذيان العديد الأشكال إما بالإنفعال عن الواقع الخارجي واستبداله بواقع هذياني باطن . وإما بتغيير الشخصية المصطنعة وتبديلها ، لكن دون دعائم كافية ومستقرّة . ممّا يلتقي مع نظرية التحليل النفسي التي تعتبرّ الحالة الهذيانية دفاعا ضد القلق والحصر وترجع الهجمة الهذيانية إلىٰ العلاقة الأولىٰ بالموضوع . . .

ز ـ التشخيص التفريقي :

يجب تفريق الهجمة الهذيانية عن الحالات التالية :

ـ عن التخليط الذهني حيث توجد عناصر تخليطية واضطراب أشد بالوعي ولا توّجه وأعراض عضوية هامة .

ـ عن حالة هوسية حيث يكون العنصر المزاجي متغلّبا والبدء حادًا عادة بينما يكون الإضطراب المزاجي في الهجمة الهذيانية عند بروزه متبدلا وغير مستقرّ .

ـ عن الحالات الغروبية والحالات الغيابية الهستريائية حيث لا يدوم الإضطراب إلاّ ساعات أو أيام ويكون الحصر فيه أقل حدّة كما يحدث إثره وهل (فقدان ذاكرة) كما تتواجد عناصر شخصية هستريائية .

ـ عن نماذج نوبية صرعية حيث قد تشاهد حالات حلمية وضياع شخصية ويشاهد إضطراب بتخطيط الدماغ الكهربائي .

ـ عن إحتداد هذياني يحدث خلال تطور حالة فصامية .

ن ـ المعالجة :

تستهدف المعالجة إجهاض تطوّر الهجمة الهذيانية ومنع النكس والمعاودة وتتبع الخطوات التالية :

١ ـ الإستبقاء بالمستشفى وهو الإجراء الغالب والأفضل وتندر المعالجة بالمنزل .

٢ ـ البحث عن مسببية محددّة ومعالجتها (إستجواب المحيط ، الفحص السريري ، الفحوص المتممّة .

٣ ـ تصحيح حالة تجفّف محتملة .

٤ ـ المعالجة الدوائية :

تستهدف تهدئة الحصر وكبح الحالة الهذيانية ويبدأ بالطريق الوريدي ثم تستمر المعالجة عن طريق الفم .

توصف مثّبطات عصبية كالها لدول Haldol 10 - 15 مغ ١ ـ يوم ويمكن إشراك هالدول ونوزينان Nozinan .

ومن الأدوية الفعالة في الهذيان الحاد : دوغماتيل Dogmatil وهو يعطي بمقادير 600 مغ ايوم حقنا عضليا . ويجب مراقبة الآثار الجانية .

ويكثر ، عندما ينحلّ الهذيان ، أن يعقبه طور وهني همودي يتطلّب المعالجة بمضادات الهمود وخلال ذلك يتمّ تخفيف مقادير المثبطات العصبية أو إيقافها .

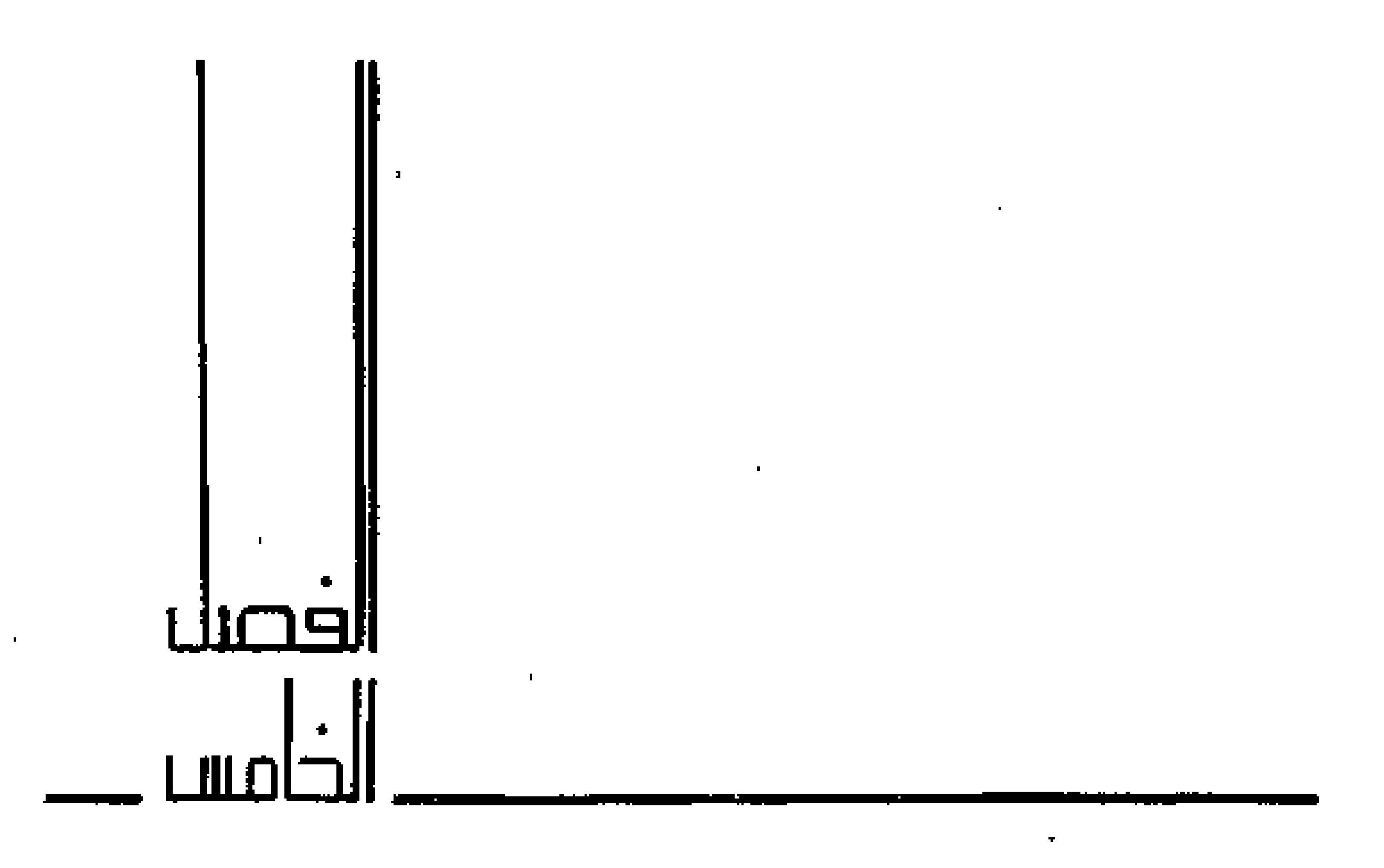
تستمر المعالجة من ستة اشهر إلىٰ سنتين .

وتوصف المعالجة بالليتيوم عندما تتكرّر الهجمات مع بروز الإضطراب المزاجي .

ولا يلجأ الى المعالجة بالصدمة الكهربائية إلا عند فشل المعالجة الدوائية طوال أسبوعين على الأقل .

٥ ـ المعالجة النفسية .

تستهدف خلق جو من الثقة والأمن والطمأنينة لدىٰ المريض وإعطاءه عناصر ثبات يعتمد عليها في إسترجاع ثبات شخصيته ، ثم يتم تحليل المحتويات النفسية الهذيانية وبحث روابطها مع الأحداث والصدمات المهيئة ومع التجارب والصراعات القديمة والراهنة مع توجيه المريض حسب بنية شخصيته بما يساعده على بناء عناصر ثقة وإنسجام في ذاته وقدرات تكيف واقعي مع الخارج .



التناذرات الفصامية

التناذرات الفصامية (السكيزوفرنيا)

١ ـ لمحة تاريخية حول إشكالية التصنيف

منذ بدايات إرساء الدعائم الأولى للطب النفسي الحديث ، كان فصل الفصام كوحدة مرضية منعزلة ، إشكالا تطوّر عبر التاريخ ولا يزا قائما إلى حدّ الآن .

في سنة 1857 وصف الطبيب النفسي الفرنسي «هورل» تناذرا مرضيا نفسيا يصيب صغار السنّ (المراهقين خصوصا) ويتّبع تطورا وخيما . . . وأطلق عليه تسمية «العته الباكر» واعتبره نتاجا لتنكّس إرثي . في 1874 فصل الطبيب النفسي الألماني

«كوهلبوم» التناذر الجمودي كوحدة مرضية مستقلّة . وكان قد بدأ دراسة الهبفرنيا (الخبل العقلي ـ خبل البلوغ) سنة 1863 وآستكملها تلميذه «هيكر» الذي فصل هذا التناذر ، معتبرا إياه نفاسا شابيا سنة 1871 . في سنة 1891 وصف الطبيب النفسي الروسي «كور ساكوف» حالة نفاسية ذات بدء حاد وتطور وخيم أسماها «الديسنويا» ، بينا قدّم الطبيب الفرنسي «هانيان» وصفا دقيقا للحالات الهذيانية المزمنة التي يتطوّر بعضها الىٰ تنكّس نفسي شامل وخيم «العتة المتبلد» .

ثم قام الألماني «كرايبلين» سنة 1898 بجمع خبل البوغ (مورل ـ هيكر) والتناذر الجمودي (كوهلبوم) والعته الزوراني (مانيان) تحت تسمية «العته الباكر» مرجعا سببيتها إلىٰ إضطراب استقلابي . فهي تحدث لدىٰ صغار السن وتتطوّر نحو العته . إلاّ أن الأبحاث اللاّحقة أثبتت أن هذه التناذرات لا تنتهي دائما بالعته بل تتبع تطوّرات متباينة كما لا تنحصر بشكل مطلق في صغار السنّ. ممّا زعزع تصنيف كرايبلين الذي ينطلق في منهجيته من طبيعة الطور الإنتهائي للمرض النفسي . إذ أن 13٪ من هذه الحالات تشفي ، ممّا يفصلها عن الحالات الأخرى .

في 1911 إنطلق الطبيب النفسي السويسري «بلولر» من منهجية مختلفة في دراساته للتناذرات النفسية الموصوفة بالعته الباكر ، فآعتمد على معايير الأعراض والتطوّر والإمراضية النفسية وانتهى إلىٰ إستنتاج أن الإضطراب الرئيسي في هذه التناذرات يتمثل في الإنفصام (أو التفكّك) النفسي ، وآقترح إطلاق تسمية خاصّة عليها ، إبتكرها هي : «السكيزوفرنيا» (أي الإنفصام الذهني) وظلّت هذه التسمية معتمدة إلىٰ حدّ الآن ، إلا أن حدودها ومضامينها تختلف من بلد لآخر ومن مدرسة طبية إلىٰ أخرىٰ .

درس «بلولر» الأعراض الفصامية من منظور ديناميكي وقسّمها إلىٰ نمطين : الأعراض البدئية المتبلورة في التفكّك النفسي ـ الذهني والتي اعتبرها مميّزة للفصام والأعراض الثانوية (التي لا تميّز الفصام ولا تقتصر عليه وهي الإضطرابات العاطفية والأهلاس والهذيانات الخ . . . ورأى «بلولر» في العنصر العرضي المعيار الرئيسي لتحديد المرض .

ساند الباحث «شاسلان» بلولر» في وجهة نظره وأدخل مفهوم «التفارق» كمفهوم وصفي رئيسي في الفصام . بينما توّصل «كلودة» إلىٰ ضرورة الفصل بين وحدتين مرضيتين مختلفتين ومستقلتين هما «العته الباكر» الذي ينجم عن إضطرابات عضوية والفصام الذي ينجم عن تطوّر مرضي للشخصية . أما الألماني «كور تشنايدر» فقد إعترد سنة 1940 في دراسة نشرها على مفهوم «كرتشمر» الذي إعتبر أن الفصام يمثّل بمجموعة إتصالية (تواصلا) مع الحالة السوية . . وهو تظاهر مرضي لآليات نفسية تتواجد بشكل كامن لدىٰ كلّ فرد . إلاّ أن المدرسة الأنغلو ـ سكسونية أعادت في المتسينّات ، الإعتبار إلىٰ هذا المفهوم وساندته .

كذلك برزت المفاهيم الدنياميكية النفسية للفصام وأشارت إلىٰ أهميّة العوامل الخارجية والإرتكاسية في نشوء الفصام . كما أن الدراسات الإجتماعية الواسعة أثارت إحتمال تدخّل العناصر الثقافية ـ الاجتماعية في الآليات الفصامية . بينما لفتت الدراسات الإرثية النظر إلىٰ فرضيات إنتقال الفصام بشكل وراثي . . .

لكن كلّ هذا الجدل حول التصنيف والسّببية لم يحسم بعد . ولا يزال مفهوم الفصام مختلفا تبعا للبلدان والمدارس . حيث أنه متّسع الدلالة في ألمانيا والمناطق الأنغلو ـ سكسونية خصوصا الولايات المتحدة ، حيث يشمل تشخيص الفصام ما يقارب نصف مرضى المستشفيات النفسية . بينما هو أكثر تحدداً وإنحصارا في مناطق أوروبية أخرىٰ خصوصا منها فرنسا ، حيث لا يتجاوز تشخيص الفصام ربع نزلاء المستشفيات النفسية . . .

وبائيات الفصام :

الفصام مرض نفسي يتظاهر لدىٰ صغار السنّ ، غالبا في أواخر المراهقة وبدايات الكهولة . فهو يظهر في 50٪ من الحالات بين سن الخامسة عشرة والخامسة والعشرين ، وفي 75٪ من الحالات قبل سنّ الخامسة والثلاثين يصيب الجنسين بالتساوي ، إلاّ أن بعض الدّراسات الإحصائية تشير إلىٰ أنه يظهر بشكل أكثر تبكيرا لدى الذكور المتوسط : حوالي الرابعة والعشرين ، أما لدىٰ الإناث حوالي الثامنة والعشرين) كما أن الفصام الزوراني أكثر مصادفة لدىٰ الذكور .

ينشأ الفصام لدى ما يقارب 1٪ من مجموع السكّان .

تبلغ نسبة الفصاميين من نزلاء المستشفيات النفسية من الربع إلىٰ النصف حسب معايير التشخيص . ويشير إحصاء سوفياتي إلىٰ أن الفصاميين يمثلون 20٪ من المرضى الذين يتلقّون علاجا خارجيا مديدا (في المستوصفات النفسية العصبية) وثلث الذين يدخلون المستشفى بسبب إضطرابات نفسية حادة وثلثي نزلاء المستشفيات النفسية ، المزمنين .

ويورد إحصاء فرنسي لسنة 1980 أن 26000 مريض فصامي يقيمون بالمستشفيات وهم يمثلون 25٪ من المرضى الفصاميين الذين يتلقّون معالجة (مجموع سكّان فرنسا : خمسين مليونا) .

II الدراسة السريرية للتناذرات الفصامية

أ ـ دراسة التناذرات العرضية العامة

أبرز التصنيف الأمريكي الحديث (DSM III) أربع تناذرات عرضية رئيسية هي :

- التناذر الإنفصامي (التفككّي)
- تناذر الإنطواء (أو الإنغلاق) الذاتي
- التناذر الزوراني
- التناذر الجمودي (وقد وضع علىٰ حدة) .

بينا حاول بعض الباحثين إستخراج الإضطرابات الرئيسية المميّزة التي تتشارك في الظهور بشكل متباين خلال الطور الفاعل للفصام وهي أساسا :

1 ـ إضطرابات في سياق التفكير وشكله ومضمونه
2 ـ إضطرابات عاطفية .
3 ـ إضطرابات حركية
4 ـ إضطرابات بالإدراك

5 ـ إضطرابات بالإرادة

6 ـ إضطرابات مزاجية

7 ـ إضطرابات هذيانية غير ثابتة

8 ـ إضطرابات سلوكية .

1 ـ التناذر التفككي :

يعتبره بلولر جوهريا في الفصام وهو يمثّل سريريا تفكّك كامل الحياة والنشاط الذهني والنفسي ـ العاطفي والعلائقي والسلوكي . فتتّسم الحياة النفسية وتظاهراتها بالغرابة والتباين والتناقض .

أ ـ إضطرابات الوعي بالذات وبالمحيط

تنال من هوية الشخص النفسية والجسدية ، فينمو لديه شعور بالتجزؤ والتقطّع وإحساس بالغرابة وبضياع الشخصية واضطراب الواقع وتنشأ لديه شكوك حول الأشياء المحيطة به وأناه الجسدي فيكثر من التأكّد من سلامة جسده ومراقبة نفسه في المرآة (علامة المرآة) . وقد يصل به الحدّ إلى رهاب تشوّه الجسد ، حيث يقتنع بشكل عميق بأن جسده يحمل تشوّها قبيحا ومنفّرا وقد يلجأ إلى طلب عمل جراحي تجميلي .

تترافق هذه الاضطرابات بحالة قلق وحصر وقد تدخل ، في الأزمات الحادة ضمن عرضية هجمة هذيانية . . .

ب ـ إضطرابات التّفكير .

لا تعني إضطرابات التفكير هذه تنكّسا في الملكات الذهنية بل تتمثّل في إضطراب التّداعي الفكري وترابط الأفكار ، بحيث يصبح المريض عاجزا تقريبا عن إستثمار معارفه . وتتظاهر هذه الاضطرابات بعدّة علامات وأشكال يطلق عليها في مجموعها تسمية «المزع النفسي» ومنها ثبات الأفكار حيث يحدث جمود فكرة وحيدة وتردّدها في ذهن المريض ورتابة التفكير . ـ الوباء الفكري أو التفكير الطفيلي حيث تطرق ذهن المريض أفكار غريبة عنه ويعتقد أن هذه الأفكار آتية من الخارج ـ تجزّؤ

التفكير وفقدان الرابطة المنطقية في سياقه ـ تشوّش السياق الفكري وتقطّعه : الحاجز الذهني ـ الخمول الفكري ـ اللا توافق الفكري الإنفعالي .

ج ـ إضطرابات اللغة :

تنال هذه الإضطرابات اللّغة المنطوقة والمكتوبة وكلّ وسائل الإتصّال اللغوي ، سواء في شكلها أم في مضمونها ، وقد تصل إلىٰ الإنقطاع الكامل للاتّصال مع العالم الخارجي (الإنغلاق الذاتي) ويصبح الفهم مستحيلا مع الآخرين .
فيستعمل المريض لغة خاصة ويصبح عاجزا عن إتّباع قواعد النحو والصرف ، ويلجأ إلىٰ الإختزال الكلامي والمحاكمة المرضية والمنطق المجانب كما يمارس إختلاق الكلمات (التجديد الكلامي) والتعابير والتحريف الكلامي ، فيصبح حديثه غامضا ومبهما ، يتّبع منطقا داخليا يصعب أو يستحيل على الآخرين إدراكه . وفي مراحل متقدّمة من الفصام قد يصبح النّتاج اللغوي للمريض جعجعة لفظية جوفاء .

د ـ الإضطرابات العاطفة :

تحمل الحياة العاطفية للفصامي تناقضا حادًا ، حيث يبدو وكأنها تزهر وتثرى في الباطن النفسي للمريض ، بينما تنحسر وتتقلّص في الخارج لتصبح فقيرة معدمة . إذ يتراجع لديه التعبير العاطفي ويشعر المريض بأن أحاسيسه العاطفية تندثر في ذاته . كما يلاحظ المراقب غياب العلامات المعهودة للمشاركة العاطفية ، فيصبح صوته رتيبا ويخلو وجهه من التعابير والإيماءات . كما لا يتعاطف مع الآخرين ولا يبالي بما يحدث حوله . إلاّ أن ذلك لا يمنعه من الإنفجار في إنفعالات غريبة ومتناقضة مع الواقع (كأن يناله الغضب عند تقديم هديّة إليه أو أن يبتهج عند سماعه نبأ وفاة أحد من يحبّهم) ويعود ذلك إلىٰ تواجد النزعات الإنفعالية لدىٰ المريض بشكل بدائي والمتبلورة في مشاعر الحب والعدوان إذ بفعل نكوص شديد لا يحدث تكافؤ ضدي متوازن يحسم عبر الصراعية النفسية السوية لمصلحة الأنا وانسجام الشخصية مع محيطها بل تنفصم هذه المشاعر وتصبح تيارات نزوية غير منتظمة قد تتزامن مهما كانت متعارضة . . .

يلاحظ أيضا التناقض بين حديث الفصامي أو الموقف أو المشاعر التي يعبر

عنها وسياه وجهه وذلك ما يسمى التفارق .

2 ـ تناذر الانغلاق الذاتي :

كان «بلولر» أول من ابتكر مفهوم الإنغلاق الذاتي . وهو يشير إلى إنقطاع الإتّصال مع العالم الخارجي وبناء عالم داخلي مغلق وذلك عبر تحوير العلاقات مع المحيط . فمن خلال آليات النفي والإسقاط يحاول المريض إستبطان العلاقة بالموضوع بتعزيز بنيانه النرجسي المتخاذل مستهدفا التخفيف من القلق والحصر الذين يعيشهما في علاقاته مع المواضيع الخارجية ، ومنع نزوات الحب والعدوان التي تعبّر عن التجزّءَ الأنوي ، فيستبدلها بذاته كموضوع شهواني ويغلّب القيم الذاتية على القيم الموضوعية ويشوّه الواقع ، منغلقا في متاهة استيهاماته أو حتى هذياناته ، منعزلا خارج الزمن في مكان لا يمكن لحاقه إليه بحيث يختبيء خلف الإنغلاق والإندثار النفسي ، نشاط ذهني ونفسي ونزعات عاطفية إنفعالية ، تترك أهلا للمقاربة العلاجية .

3 ـ التناذر الهذياني الزوراني :

يعتبر الهذيان محاولة لإعادة ترتيب العلاقة مع العالم الخارجي تستهدف مقاومة التفكّك . لذلك تتداخل النزعات النفسية والصراعات البدائية في تشكّل الهذيان وتحمّله بالدلائل الرمزية . كما أنه يكون دائما مشحونا بالقلق والحصر .

يكون الهذيان الزوراني غير منتظم ، غائما ومشتّتا ، لا منطقيا ، يصعب وصفه وتتشارك فيه مواضيع عدّة بشكل مختلف .

وقد حدّد «كورت شنايدر» مجموعة من الأعراض ذات المقام الأوّل في التناذر الزوراني وهي :

1 ـ الإلتقاط السمعي للأفكار (قراءة الأفكار)

2 ـ أهلاس سمعية تتمثّل في أصوات تتحدّث فيما بينها

3 ـ أهلاس سمعية تتمثّل في تعليقات على أعمال المريض

4 ـ أحاسيس جسدية «مفروضة» من الخارج

5 ـ سرقة الأفكار

6 ـ أفكار مفروضة من الخارج

7 ـ إنتشار الأفكار

8 ـ الإدراك الهذياني

9 ـ أحاسيس ومشاعر مفروضة أو موجّهة

10 ـ نزعات مفروضة أو موجّهة .

11 ـ إرادة مفروضة أو موّجهة

وتدخل معظم هذه الأعراض في نطاق الآلية الذهنية ، وتتظاهر عدّة آليات هذيانية كالإستنتاج والتأويل والتصوّرات الخالية ذات المضمون المجدّد. أما مواضيع الهذيانات فهي متعددّة الأشكال متمحورة حول التعقّب والعلاقة (حيث يربط المريض كلّ الأحداث الخارجية بدلالة تتعلّق به) . وكذلك هذيانات العظمة والتأثير والهذيانات الدينية والشهوانية والمرافية .

تترافق هذه الآلية في الحياة النفسية بأهلاس نفسية (أهلاس مشبّهة) وهي ثابتة الوجود بينما تقلّ الأهلاس الحسّية . فتغلّب الأهلاس السمعية وتشاهد إضطرابات هلسية لمسية وحسية حشوية (تبدّلات بالأعضاء والأحشاء ، توقّف القلب الخ . . .)

يخضع التناذر الهذياني للمعالجة بالمثبطات العصبية أفضل من الأشكال العوزية (التنكسية) كما أن الهذيانات محاولة لربط العلاقة مع العالم الخارجي لذلك فهي تهيىء مدخلا للمعالجة النفسية .

4 ـ التناذر الجمودي :

وهو أحد الأبعاد الفصامية التي تعبّر عن التفارق ويشمل مجموعة من الإضطرابات النفسية الحركية والعاطفية تتظاهر بالأعراض التالية :

أ ـ السلبية النفسية الحركية :

حيث تظهر علامات السلبية ورفض الاتصال فيخفي المريض رأسه تحت يديه

ويمتنع عن الكلام ويتجنّب النظر الى الآخرين ويرفض الطعام ويتّخذ سلوكيات معارضة .

ب 2 ـ الجمود النفسي الحركي :

يفقد المريض المبادرة الحركية وقد تتداخل أحيانا سلوكيات آلية ومقلّدة : الايحائية المتناقضة : إطاعة آلية للأوامر ، التقليد الإيمائي الصدى اللغوي (تقليدالكلام) الصدى الحركي (تقليد الحركات) .

ج 3 ـ النمطية :

سلوكيات أو حركات أو كلمات ثابتة ومتردّدة : فيشاهد التكرار الكلامي النمطي ، حركات إهتزازية دائبة للجسد أو أحد الأعضاء ، دعك رتيب للجسم الخ . . .)

د 4 ـ التيبّس الجمودي :

حيث يتّخذ المريض وضعية متيبّسة ، ويقاوم كلّ محاولة لتغيير هذه الوضعة أو حمله على الحركة . وتشير الحركات المنفعلة إلى وجود مرونة تسممية لدى المريض . فهو يتخذ وضعيات جامدة طوال ساعات دون أن تتمّ عنه حركة . أو يستلقي رافعا رأسه في الفراغ طوال الليل وكأنه على مخدّة وهمية .

هـ 5 ـ التخشبّ (الجمدة) :

يماثل العرض السابق ويتظاهر باتخاذ وضعيات غريبة وتجميد الجسد في حركات لم تكتمل وتتطلّب جهدا كبيرا (كرفع اليد أو الساق والبقاء بنفس الوضعية . . .)

و 6 ـ الايمائية الشاذّة (أو المجانبة) :

حيث تفقد الايمائية دلالتها السوية فتتسم بتناقضها مع الموقف كما تتخلّل

. تعابير الوجه حركات غريبة وتكشير وتكون الحركات التعبيرية والإشارات مصطنعة وآلية ومقلّدة .

ز 7 - نوبات فرط الحركة :

وهي هجمات حركية مفاجئة دون محرضات خارجية ، تأخذ شكلا نزويا عنيفا لكنها تبدو متّسمة غالبا بالبرود والنمطية وكثيرا ما تكون عدوانية تصل إلى تدمير الذات أو الإعتداء على الآخرين . كما تشاهد هجمات لفظية تتميّز بتكرار البذاءات والشتائم .

ن 8 - إضطرابات إنباتية واستقلابية :

تتمثّل في اضطرابات حركية وعائية وإفرازية ووذمات) وتشاهد خصوصا في الحالات الشديدة من التبلّد الذهني الجمودي .

يكون الإتّصال مستحيلا مع المريض إلا أن الحياة النفسية النشطة تستمرّ في باطنه خلف الجمود الظاهر .

5 - الإضطرابات السلوكية :

- يحدث لدى الفصامي عند بدء تظاهر المرض ، فقد إرادة ولا مبالاة وخمول فيتراجع في أنشطته الدراسية والمهنية وتتقلّص علاقاته ومشاركته الإجتماعية والأسروية . فتنشأ لديه لا واقعية جزئية أو كلّية . تعزّزها أحياناً سلوكيات غريبة ومتبذّلة ومشاريع وأعمال سطحية وغير هادفة .

- كذلك تعتبر السلوكيات الإنتحارية إحتمالاً قائماً وثابتاً لدى الفصاميين .

ب ـ أشكال البدء

١ ـ أشكال البدء الحاد :

أ ـ حالة هياج (هوسي) :

تأخذ شكل تناذر من النمط الهوسي إلا أن حالة الإبتهاج تكـون ميكانيكيـة تتّسم بالصرير . ولا يكون المزاج عفويا كما يتميّز بالألم . كما توجد أحيانا عناصر تسمح بتمييز الهجمة الفصامية عن الهجمة الهوسية ، كالخصائص الإيمائية والتعبيرية للفصام التي تشير إلى نوع من التفارق .

ب ـ حالات همودية :

يتّسم البدء الهمودي الحاد للفصام بأحاسيس بالغرابة وأفكار التعقّب وتتميّز عن حالات الهمود الأخرى بتمحورها منذ البدء حول موضوع محدّد .

ج ـ حالات تخليطية حلمية :

قليلة المصادفة ويصعب تمييزها عن التخليط الذهني .

د ـ حالات هذيانية حادة :

حيث تتطوّر 25% من الهجمات الهذيانية إلى الفصام .

2 ـ أشكال البدء البطيء أو الخفي :

تكون مراجعة العيادات النفسية متأخّرة في هذه الأشكال .

أ ـ البدء بشكل عصابي كاذب (أو شبه عصابي)

يجب تفريقه عن أزمة المراهقة السوية . . . يكون القلق حاضرا بشكل دائم

ولا يمكن السيطرة عليه بآليات المناورة والتكثيف العصابية المعروفة (بإسقاط القلق على موضوع محدّد وتجنب هذا الموضوع للتخلّص من هجمات الحصر والقلق) .
فتظهر سلوكيات شبه رهابية (أو رهابية كاذبة) رهاب المواقف ، الرهابات الإجتماعية ، سلوكيات التجنّب ، (حيث أن منشأها يتأتّى غالبا من أفكار العلاقة) .
ويرتبط الحصر بتمثّلات ذهنية أخرىٰ كالخوف من حدوث كوارث عامة .
ـ تحدث أيضاً تظاهرات وسواسية مرتبطة بتصوّرات مثالية . كأن يكثر الشخص من الإغتسال بهدف «تطهير الذات» وأفكار روحانية ودينية وفلسفية إجترارية وهي تأخذ شكلا نمطيا وميكانيكيا و «هندسيا» .
ـ فرط تعبير وإيمائية ، مبالغة في المظاهر وسلوكيات متناقضة وبرود وصمت .
ـ أعراض هسترياثية تصبغ العلاقة مع المحيط تأخذ شكل نوبات وتتسم بالنمطية والبرود ويميل المريض إلىٰ فضح عيوب محيطه وإشكالاته بشكل عدائي وعاصف . تكثر أيضاً مشاهدة الإضطرابات الغذائية المتناوبة كالقمة والشره .

ب ـ البدء بشكل مراقي :

يحدث لدىٰ فرد يبدي إهتماما مفرطا بجسده ووظائفه ، فيناله القلق علىٰ وحدة هذا الجسد وشكله وهويته ويشعر بأن صورته الجسدية مضطربة مختلّة ، وتظهر علامات أولى لضياع الشخصية ورهاب التشوّه الجسدية . فيقتنع المريض بقبحه وبنفور الآخرين منه أو يتشوّه أحد أعضائه ، ممّا يدفعه أحيانا للجوء إلىٰ طلب الجراحة التجملية التي لا تأتي بجدوى . بل قد يشتدّ الحصر ويتسرّع سياق ضياع الشخصية . كما تنال هذه الإهتمامات القلقة الأبعاد الجنسية ، فيقتنع المريض (الذكرة ، أو الأنثى) بأنه حامل أو أن أعضاءه الجنسية تضمر أو تندثر أو أنّه يفقد هويته الجنسية .

كثيرا ما يتعلّق القلق حول الوظائف الجسدية بالجهاز الهضمي فيحدث قبض كاذب واضطرابات يفسرّها المريض بانسامات غذائية . كما أنه قد يلجأ إلىٰ أنظمة وطقوس غذائية معقّدة . وتشاهد أيضا سلوكيات قمهية خصوصا لدىٰ الفتيات .

ج ـ أشكال البدء الخفي الأخرىٰ .

توجد عدة أشكال بدء خفية أخرىٰ تتظاهر بعدّة أعراض وعلامات وسلوكيات منها :

ـ تراجع المردود الذهني والعملي : حيث يفشل المريض في دراسته أو مهنته بينما كان قبل ذلك فردا ناجحا ولامعا .

ـ إنحسار الإهتمام ببعض الأعمال والأنشطة التي كان يميل إليها المريض (كالرياضة ، والمطالعة والموسيقى . . .)

ـ سلوك لا واقعي وتبدّلات بالطبع : كاللامبالاة وإهمال الذات والمسؤوليات العدائية تجاه المحيط خصوصا الأسرة ، المزاج العبوس ، الإنطواء والإنعزال عن الآخرين ، الإجترارات الفكرية الغامضة . . .

ـ إضطراب السلوكيات الإجتماعية : كالإنضمام إلىٰ المجموعات الهامشية والمنعزلة إجتماعيا (كالمجموعات الشاذة والمنحرفة . . .) والإلتحاق بالمدمنين على المخدّرات .

ـ إهتمام مفاجىء بالأديان والسحر والفلسفات الروحية والإلتحاق بالمجموعات التي تمارس بدعا وطقوسا شاذة . كما يتمحور تفكير المريض وتمثّلاته حول هذه المواضيع .

ج ـ الأشكال السريرية :

١ ـ الفصام الزوراني :

هو الشكل السريري الأكثر ثراء على مستوى الأعراض ، حيث تشترك فيه إضطرابات في العاطفة وبمجرى التفكير وحالة هذيانية زورانية ، بأساليب متفاوته . غالبا ما تبدأ بطور هجمات هذيانية حادة ، ثم يزمن الهذيان تدريجيا ويفقد تعبيريته فيصبح جامداً نمطيا ويتغلغل في معتقدات المريض ومحاكمته . بحيث تنزع مقاربته للواقع إلىٰ التجريد والذاتية . يكون الهذيان الزوراني وصفياً للفصام من

حيث أنه غير منتظم أو ممنهج في بنية معنية ويكون غالبا مشتتا دون مواضيع رئيسية ثابتة ويميل في تطوره إلىٰ الإفتقار وتزايد الغموض والإبهام مشيرا إلىٰ سياق الإنغلاق الذاتي . أما مضمونه (كالتعقّب ، التأثير ، السحر ، الغيرة التبدّل الجسدي . . .) فلا يحمل ميزات خاصة .

٢ ـ خبل البلوغ (الهبفرينيا) :

يتّسم خبل البلوغ ببدء باكر وخفي غالبا . يكون فيه الإنفصام شاملا وشديدا وتسيطر عليه أعراض التراجع الذهني (اللاّ واقعية ، إنحسار الإهتمامات ، إضطراب العاطفة) ويكون التفارق بارزا في كلّ التظاهرات النفسية الحركية . أما الهذيان فيكون غائبا أو هزيلا .

يكون تطور خبل البلوغ وخيما ويأخذ أحيانا شكلا شبه عتهي . وهو صعب المعالجة ، لكن لا يمنع ذلك أن تشاهد حالات تحسّن مفاجئة لدى بعض المرضى .

٣ ـ الجمود الفصامي (أو الجمود الخبلي) :

يمثّل تشاركا بين مظاهر التراجع الخبلي الذهني والعلامات الجمودية . وينال التفارق ، خصوصا ، التعبير النفسي الحركي من وضعيات وإيمائيات تصنعية ومواقف سلبية ومعارضة ونمطية سلوكية وحتى التخشّب الشامل .

نادرا ما يكون التناذر الجمودي مزمناً ونهائيا بل يتظاهر غالبا بشكل هجمات دورية متفاوتة التراجع .

٤ ـ الفصام شبه الخبلي :

يأخذ مظهر وهن نفسي (إستثارة ولا إستقرار) ويتطوّر طبقا لنمط سيكوباتي تسيطر عليه النزوات وإضطرابات الطبع والسلوكيات المعادية للمجتمع (التشرّد ، العنف ، الغش والتزوير . . .) ويترافق بتراجع ذهني وسلوكيات غريبة وغير متكيّفة . كما تتخلله هجمات هذيانية ونوبات جمودية واضطرابات مزاجية ومحاولات إنتحار واستهلاك مفرط للمخدرات والمسكرات .

يشاهد هذا الشكل لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث .

٥ ـ الأشكال الصغرى :

أ ـ الفصام البسيط :

يحدث لدى أفراد يحملون شخصية فصامية ، يتطوّر المرض بشكل خفي وبطيء لدى فرد منطوٍ ومنعزل قليل الإهتمامات والأنشطة والعلاقات الإجتماعية متردّدا لا ينزع إلى المبادرة خاملا عاطفيا وتعوزه العفوية والقدرة على التعبير الإنفعالي .

يحدث لدى المريض نوع من التصلب العاطفي والذهني التدريجي البطيء وغرابة في الأطوار وبرود عاطفي وفراغ مزاجي وتتخلله مراحل من اللاّواقعية ، بينما تنتظم حياته بشكل نمطي وطقسي . ويبدو بشكل حالم أو عبوس .

يبقى هؤلاء المرضى متكيّفين لفترات طويلة وتندر مراجعتهم للعيادات الطبية . إلا أن هذا الشكل قد يتطوّر إلى شكل أكثر حدّة أو ثراء وقد تتخلّله هجمات هذيانية .

ب ـ الفصام العصابي (العصاب الكاذب) :

وصف «كلود» هذا الشكل منذ 1924 وأسماه «سكيزوز» (جمع بين سكيزوفرنيا ونفروز أي عصاب) وظل يمثل إشكالية تشخيصية منذ ذلك الحين سواء على مستوى طبيعته أم على مستوى تفريقه عن العصابات الشديدة والحالات الحدودية . وأسماه بعض المؤلفين «الفصام الكامن» و «الفصام المجهض» .

تتشارك في الشكل أعراض فصامية بدئية ومحدودة (اضطرابات التفكير والتجريد والحيوية العامة) وأعراض عصابية ثانوية مختلفة يسيطر عليها القلق .

تتميّز هذه الأنماط الفصامية بأهمّية الإضطرابات العاطفية ، وحيث يكون المريض مفرط الحساسية والإرتكاس وتتّسم إستجاباته بالتناقض والتعدّد أمام نفس الموقف متنقلة من البرود واللاّ مبالاة حتى الانفجار الغاضب والعدائي .

بينما يشاهد لدى بعض المرضى تطور ثري للحياة الحلمية والخيالية التي تغزو كامل النشاط النفسي وتتغلغل في تفكير المريض الذي ينشَدِهُ بها ويتوقع أن تتحوّل كمّ إستيهاماته إلى حقيقة بشكل سحري .

تكون العرضية العصابية متنوعة فتشمل - أعراضا وسواسية تتغلّب عليها وتوجهها أفكار التأثير (كأن يقوم المريض بترديد أبيات شعرية محدّدة لمنع دخول أفكار غريبة إلى ذهنه) وتشاهد سلوكيات قهرية (كجمع الأحجار ، أو القطع المعدنية وترتيبها أو جمع أدوات غريبة كأكياس القمامة ، أو الثياب البالية . . .) - وتشاهد أعراض شبه هسترياثية نفسية خصوصا (كالتبرّج والحالات الغروبية أو حالات الغياب واضطرابات الطبع والهذر واختلاق القصص) إلا أن كلّ هذه التظاهرات تكون مبْهمة غريبة وصعبة الفهم كما أن النزعات العزيزية تكون أكثر ظهورا .

- كما تتظاهر عرضية رهابية لا نموذجية تتميّز بالإنتشار والتعدّد وتتّصل بأفكار العلاقة والتأثير وتأخذ شكل رهابات موقفية واجتماعية . إلاّ أن سلوكيات التجنّب قليلا ما تنجح في التخفيف من الحصر مثلما يحدث في الرهابات العصابية .

تتداخل الأعراض الفصامية والعصابية وتتظاهر بشكل فسيفسائي ويكون المريض محدود الإنفصام تتطوّر الإضطرابات لديه بشكل هجمات «فصامية هوسية» تمتدّ فيها الأعراض النفاسية . بينما يكون يتبع نشاطه النفسي عادة نمطا شبه عصابي . يعتقد بعض المؤلفين أن هذا الشكل ينجم عن توقّف مبكر لتطوّر نفسي فصامي سواء بتأثير علاج نفسي مبكرّ أو لأسباب أخرىٰ بينما تميل المدارس النفسية الأمريكية إلىٰ تقريبه من مفهوم الحالات الحدودية .

٦ - أشكال خاصة أخرىٰ :

أ - الشكل الندبي :

وهو شكل يبدأ بأعراض فصامية تفارقية ثم ينتظم طبقا لنمط زوري أو عصابي .

ب ـ الشكل ذو البدء المتأخّر :

شكل يتظاهر بعد سن الستين ويشاهد بنسبة أعلىٰ لدىٰ الإناث . تكون التظاهرات الإنفصامية هامة فيه كما يتميّز دائما بوجود حال هذيانية مزمنة .

III تطوّر التناذرات الفصامية

نشرت حديثا ثلاث دراسات واسعة وشاملة من أهمها دراسة «بلولر الابن» والتي تعلّقت بـ278 حالة فصامية تمّت متابعتها خلال ثلاث وعشرين سنة . ودراسة ألمانية دامت إثنين وعشرين سنة وشملت 502 مريضا حدثت لديهم تظاهرات عرضية فصامية وهلسية وهذيانية حادة ومزمنة . واستخلصت عدة إستناجات هامة منها :

أ ـ تحديد أنماط البدء :

يعتبر البدء حادًا عندما تتكامل اللوحة السريرية للفصام خلال فترة لا تتجاوز ستة أشهر . يحدث هذا النوع من البدء لدىٰ ثلاثة أخماس ($\frac{3}{5}$) المرضى . ويمكن مشاهدة إضطرابات نفسية غير وصفية خلال متوّسط ثلاث سنوات ونصف قبل بدء الهجمة الفصامية لدىٰ هؤلاء المرضى .

ب ـ أنماط التطوّر :

١ ـ نمط تطوّر مزمن ومستمرّ تدريجي ويشاهد لدىٰ ثلث إلىٰ نصف المرضى .
٢ ـ تطوّر بشكل أطوار متقدّمة ومتلاحقة . ويتّسم كلّ طور ببعض الخصائص العرضية .

٣ ـ نمط تطوّر بشكل هجمات تتخلّلها فترات هجوع تتراجع فيها الأعراض الرئيسية والحادة . بينما تظلّ بعض الأعراض الخفيفة بشكل متفاوت .

ج ـ الحالات الإنتهائية :

تعتبر حالةً فصاميةً إنتهائية الحالة التي تظلّ فيها اللوحة السريرية ثابتة ومستقرّة خلال فترة لا تقلّ عن خمس سنوات .

١ ـ الحالة الإنتهائية الوخمية :

تنال خمس إلى ربع المرضى (20 ـ 25٪) : حيث يُفقد النّشاط الإجتماعي والذاتي بشكل كامل ، وتنعدم وسائل الإتصال العادية (اللغة خصوصا) ويتطلّب المريض البقاء الدائم بالمشفى والعناية به وبحاجياته الحيوية .

٢ ـ الحالة الإنتهائية المتوسّطة :

تتطلّب حالة المريض غالبا الإقامة المديدة بالمستشفى إلا أنه يكون قادرا على الإتصال بمحيطه وتكون الوظيفة اللغوية سليمة لديه (في شكلها) كما يظلّ قادرا على القيام ببعض الأعمال والأنشطة . وتشمل هذه الحالة ربع الفصاميين .

٣ ـ الحالة الإنتهائية الخفيفة :

تشمل ربع إلى ثلث الفصاميين (25 ـ 33٪) ، يظل المريض قادرا على الحياة بشكل مستقل ويحافظ على أنشطة وعلائق إجتماعية مقبول كما لا يحتاج إلى الإقامة الإستشفائية .

ومن خلال هذا التقسيم نستنتج أن نصف الحالات الفصامية تتطوّر تطوّرا حسنا .

عناصر الإنذار الحسن للفصام :

توجد عناصر سريرية وتطوّرية تشير إلى حالات فصامية يغلب فيها إحتمال التطوّر الحسن وأهمّها :

- البدء الحاد للإضطراب وقصر فترة الهجمات .
- أهمية العناصر المزاجية في اللوحة السريرية .

أما الأعراض التي تشير إلىٰ تراجع وتنكّس ذهنيين فهي تنبيء عادة بإنذار وخيم .

د ـ الوفيات لدىٰ الفصاميين :

إستخلصت الدراسات أن نسبة الوفيات لدىٰ الفصاميين أعلىٰ قليلا منها لدىٰ مجموع السكان العام . ومن أهمّ أسباب هذه الوفيات :

ـ الأمراض والآفات العضوية ويلاحظ أن نسبة الإصابة بالسلّ أعلىٰ لدىٰ الفصاميين من المعدّل العام .

ـ الإنتحار الذي يحدث في كلّ مراحل المرض بما في ذلك أطوار التحسّن (العرضي) .

ـ الأسباب المرتبطة بالعواقب اللاّ مباشرة للمرض (كالإنسمام بالمخدّرات . . .)

ـ حالات الجمود الخبيث الذي ينتهي بالوفاة كما تشاهد حالات موت مفاجيء دون أن يكشف التشريح المرضي عن أية أسباب عضوية .

IV عناصر تشخيص التناذرات الفصامية ومعاييره :

يعتمد التشخيص الإيجابي للفصام علىٰ معايير سريرية ، فلا توجد فحوص مخبرية أو مقاييس موضوعية ثابتة . بحيث يرتبط التشخيص إلىٰ حدّما بتقييم الطبيب النفسي وخبرته ومفهومه للفصام . كما أن هذا الإختلاف يبرز أيضاً بين البلدان والمدارس الطبية النفسية . هذا وحتى على مستوى التقسيم والتصنيف الداخليين للتناذرات الفصامية ، فإنهما ليسا إلا مرجعا تقييمياً إذ أن لوحات التناذرات تتبدّل قليلا ما يظلّ نفس الشكل ثابتا . كما تندر مشاهدة لوحات سريرية خالصة بل غالبا ما يحدث تشارك بين عدّة أنماط من الإضطرابات . لذلك وجدت عدّة أشكال صعب تصنيفها وسُعي إلىٰ البحث عن معايير سريرية موّحدة بين مختلفة الإتجاهات الطبية النفسية . ورأى بعضهم الإعتماد على الإختبارات النفسية .

أ ـ المفاهيم والمعايير التشخيصية القديمة :

كان «كرايبلين» في أواخر القرن الماضي وبدايات هذا القرن يعطي الأهمية الرئيسية في التشخيص . لتطوّر الإضطرابات المرضية .

أما بلولر (1911) فدرس الفصام من زاوية العناصر المرضية النفسية واستخراج أعراضا أساسية وأعراضا ثانوية . فقسم الأعراض الأساسية إلى أربع مجموعات :

1 ـ إضطرابات التداعي الفكري والنفسي : الإنفصام ، إضطراب وعشوائية وتناقض التداعيات الفكرية ، النمطية الفكرية والتعبيرية ، الفراغ الفكري الحواجز الفكرية .

2 ـ الإضطرابات العاطفية : الفراغ العاطفي ، اللاّ مبالاة واللاّ إستجابة العاطفيتين ، المزاج المتناقض والغريب .

3 ـ التكافؤ الضدي : تظاهر إرتكاسات إنفعالية متعاكسة (حب ، كره ، عدوانية) .

4 ـ الإنغلاق الذاتي : التوجّه نحو خلق واقع وعالم داخليين وفصم العلاقات مع المحيط والعالم الخارجي .

تعرّض أسلوب «بلولز المعتمد على المنشأ الامراضي النفسي (والذي إستخدم نظريات فرويد ويونغ في الديناميكية النفسية) للنقد ، واقترح الألماني «كورت شنايدر» في 1939 الإعتماد على العلاقات الواسمة للفصام لتمييزه وينطلق هذا المعيار من تواتر العرض وصفاته فاستخرج سلسلة من الأعراض والعلامات ذات المقام الأول (وهي السلسلة التي سبق سردها في هذا الفصل) .

وقد إستلهم تصنيف منظمة الصحة العالمية ICDg هذه المعايير التشخيصية واعتمد عليها في دراسة نموذجية صدرت سنة 1970 .

ب ـ المعايير التشخيصية الحديثة :

إعتمد معظم الباحثين والمؤلفين المحدثين في دراساتهم للفصام المعايير العرضية والمعايير التفريقية مع الإضطرابات النفسية الأخرى ومن بينها :

أ ـ معايير «فاغنر» ـ «سانت لويس» :

قسّم هذان العالمان المعايير التشخيصية إلى ثلاث مجموعات :

● المجموعة الأولى : تطوّر يزيد في إمتداده على ستة أشهر .

ـ إضطرابات تكيّف نفسية إجتماعية ـ غياب حالة تخلّف عقلي .

● المجموعة الثانية : ـ إضطرابات هلسية ـ هذيانات

ـ إضطرابات بمجرى التفكير وشكله ومحتواه .

● المجموعة الثالثة وتشمل أعراضا وعلامات ملحقة :

ـ مريض عازب ـ تكيّف سيء ـ سوابق فصامية عائلية ـ غياب إدمان على الكحول أو المخدرات ـ نوعية البدء .

ب ـ التصنيف الأمريكي DSMIII (1980)

تعتمد المعايير التشخيصية في هذا التصنيف المعروف على خمسة محاور : الأول : المحور التناذري (الإضطرابات الوصفية) ، الثاني : محور تقييم إضطرابات الشخصية ، الثالث : محور العوامل العضوية المشاركة الرابع : محور العوامل المحدثة أو المسرّعة للإضطراب ، الخامس محور التكيّف النفسي الإجتماعي .

ومن بين المعايير التشخيصية للفصام الورادة في المحور الأول .

ـ غياب تناذر همودي أو هوسي ـ سن البدء أقل من خمس وأربعين سنة .

ـ غياب تخلف ذهني أو إضطراب عقلي عضوي .

ج ـ الإختبارات القياسية النفسية :

وهي عامل مساعد للتشخيص . ومنها :

١ ـ إختبار الشخصية متعدّد الأطوار لمينسوتا MMPI

هو إختبار يتضمّن خمسمائة وخمسين سؤالا ذات أجوبة إختيارية تستهدف التوصّل إلى تشخيص نفسي (الأجوبة نعم أولا) ويتمّ تقييمها عبر عشرة سلالم

(مقاييس) سريرية هي :

1 ـ المراق (توهّم المرض) .
2 ـ الهستريا .
3 ـ الذكورة ـ الأنوثة .
4 ـ الهمود .
5 ـ السيكوباتيا (الإختلال النفسي) .
6 ـ الوهن النفسي .
7 ـ الزور (البارنويا) .
8 ـ الهوس .
9 ـ الفصام .
10 ـ الإنطواء الإجتماعي

وتوجد سلالم (مقاييس) صدق ، تستهدف كشف الكذب والخطأ والإجابات العشوائية والتزييف .

في الحالات الفصامية يشاهد إرتفاع في منحنيات الفصام والوهن النفسي والزور والهوس . .

2 ـ إختبار رورشاش :

إختبار إسقاطي يعتبر رئيسيا بالدرجة الأولىٰ في الفصام ويتيح التشخيص المبكر للمرض .

توجد عدة أنماط لتحليل نتائج الإختبار ومن المعايير التي يعتمد عليها ـ تلاؤم الشكل الموصوف مع الشكل الحقيقي ـ تطابق الإجابة مع الإجابات الشائعة ـ مضمون الإجابة (وصف بشري ، حيواني نباتي) ـ وصف جامد أو حركي . وكان رورشاش إهتم بالخصائص الشكلية للإجابات واهتم بأربع نواحي ـ عدد الإجابات وعدد مرّات رفض الإجابة ـ درجة شمول الإجابة للشكل والحركة واللون أو إنحصارها في أحدها ـ شمول الإجابة للشكل ككلّ أو تجزئته ـ الوصف العام للشكل يكشف الإختبار عن العلامات الواسعة للفصام لدىٰ 50% من المرضى ومن أنماط إستجابات الفصاميين :

- إستجابات تجريدية مبعثرة ومجزأة
- إستجابات ذات طابع عقلنة مرضية
- إهمال تناظر الشكل .
- إدماج الذات في تأويل الشكل . . .

التشخيص التفريقي و إشكالاته

١ - التفريق عن الهذيانات المزمنة :

- التفريق عن النفاس المجانب (البارافرينيا)

تكون الهذيانات في هذا التناذر ممنهجة ومنتظمة طبقا لواقع زائف وهي تتمحور دائما حول التعقب والعظمة الخرافية ويكون المريض متلائما متكيّفا مع الواقع فيما عدا ما يخص منظومته الهذيانية .

٢ - التفريق عن «الفصام المزاجي» :

- يكون الحصر فيه هاماً .
- تشاهد إضطرابات مزاجية همودية أو هوسية
- تتبدّل سماته وتظاهراته من شخص لآخر .
- تكشف ظروف وعوامل مباشرة محدثة للبدء المرضي .
- تتضمّن الأفكار الهذيانية محتويات مزاجية وعاطفية
- يكون تطوّره دوريا ويشابه النفاس الهوسي الهمودي
- يستجيب للمعالجة بالليثيوم .

لا يزال هذا التناذر إشكالية في التصنيف والتشخيص وقد سبق أن طرحنا هذه الإشكالية في فصل الإضطرابات المزاجية .

3 - الفصام والشخصيات المرضية :

يعتقد بعض الباحثين أن الفصام سياق مرضي مستقل ولا يوجد تواصل بينه

وبين الحالات السوية أو حالات إضطراب الشخصية ، إلاّ أن «كرتشمر» وتتبعه في ذلك بعض التيارات الحديثة ، يؤكد أن الفصام وكلّ الأمراض النفسية هي إحتدادٌ لإضطرابات قائمة بالشخصية .

يوجد نمطان من الشخصية يرتبطان بالحالة الفصامية هما :

ـ الشخصية الفصامية (وردت في بحث الشخصيات المرضية) .

ـ الشخصية ذات النمط الفصامي : وهي تحمل أعراضا مرضية نفسية لا تؤثر على تكيف الفرد العام إنما تسم بعض نواحي سلوكه بالغرابة والشذوذ أو اللاّ منطقية (كأن يعتقد بأن لديه حاسة سادسة ويستخرج منها إستنتاجات واقعية ، ويكون نمط تفكيره متعلّقا بالخرافات والسحر والتأثير) ويعتقد البعض أن هذه الحالة تمثّل الشكل الأخف من الفصام .

4 ـ الفصام والحالات الحدودية :

تمثّل الحالات الحدودية إشكالية كبرى في التاريخ الحديث للطب النفسي حيث يتباين تشخيصها ويتراوح تصنيفها من شخصية مرضية إلىٰ حالة عصابية شديدة إلىٰ حالة فصامية إلىٰ تناذر مرضي نفسي قائم بذاته .

حيث أن الأعراض في هذا الإضطراب متعددّة الأشكال فهي عصابية كالقلق والحصر المنتشر والحالات الوسواسية والرهابية والمراقبة ، إلا أنها غير متكاملة ومنتظمة ولا تمتصّ القلق . كما تظهر سمات مقاربة للخصائص النفاسية ، إذ لا يتحمل الحدودي الحصر فينتقل بسهولة الى الفعل . كما يكون نشاطه الخيالي ثريا جداً وتكثر لديه الإستيهامات العدوانية ويبدى لا إستقرارا وضعفا انفعاليين شديدين .

يرى المحللّون النفسيون أن أنا الحدودي تكون ضعيفة النضج بحيث تكون آلياته الدفاعية غير سوية ودون فعالية ، وتأخذ نمطا نفاسيا يتظاهر بانشطار متضادّ في النزعات التي تتواجد بنفس الوقت (مثل الكره والحاجة إلىٰ الحماية . . .)

يبخس الحدودي من قيمته الذاتية بفعل نزعته المثالية المرضية ، بحيث يسعى لا شعوريا إلى بديل خارجي يتلقّى أحاسيسه العنيفة تجاه ذاته فيُلقي بمشاعر الكره إلىٰ

مواضيع خارجية بآليات إسقاطية يمكن أيضاً أن يثير لديه أفكار التعقّب . كما أن آلية النفي (أو الإنكار) تسمح له بإلغاء الواقع الذي لا يمكنه تحمّله .

كان البعض يرون في الحالة الحدودية شكلاً أدنا من الفصام بينما يعتبره «برجريه» المحلّل النفسي والذي إبتكر تسمية الحالة الحدودية ، تناذراً مرضيا نفسيا مستقلاً . أما الباحث الفرنسي «فيلدوشيه» فيرى فيه تطوّرا شبه نفاسي للعصاب ، لذلك يعتقد بأنه يمكن مقاربته علاجيا بأسلوب تحليل نفسي على شاكلة الحالات العصابية .

فرضيات السببية والمنشأ المرضي للفصام

لا تزال إشكالية منشأ التناذرات الفصامية قائمة رغم الدراسات والبحوث المجراة في ميادين مختلفة كالتحليل النفسي وعلم النفس الإجتماعي وعلم الأعراق (الإتنولوجيا) وعلم الإتّصال البشري وعلم الوراثة وعلم الحياة (البيولوجيا) . قدّمت كلّ هذه العلوم نظريات لتفسير الفصام أو فهمه . وغالبا ما لا تتعارض هذه النظريات بل هي تقارب الفصام من أبعاد وزوايا مختلفة . ومنها ما يدرس الفصام من خلال تفهم سياقه وتطوّره وآلياتها .

النماذج التفسيرية للفصام :

أ ـ النظريات العضوية والبيولوجية :

١ ـ النظريات الوراثية :

من خلال فرضيات وبحوث ودراسات وإحصاءات إمتدّت عدّة عقود أصبح الدور الإرثي في نشوء الفصام مقبولا ومؤكّدا .

ومن بين أنماط هذه الدراسات :

أ ـ الدراسات العائلية : التي أثبت إرتفاع نسبة الأطفال الفصاميين لدى العائلات ذات السوابق الفصامية . فالا تعداد العام للفصام يقارب ١٪ بينما يصل

4,4% عند والدي طفل فصامي ، و8,8% عند وجود إخوة فصاميين ، و12% وعندما يكون أحد الوالدين فصاميا ، و36,6% عندما يكون كلا الوالدين فصاميين وقد إعترض بعض الباحثين بأن عامل المحيط الأسروي يتدخّل في إرتفاع نسبة الفصام في أسرة معينة بشكل يبدو وراثيا لذلك لجيء إلىٰ نواع آخر من الدراسات يحاول تحديد العامل المحيطي ومن بينها :

ب ـ دراسة الأطفال بالتبنّي :

حيث تعتمد هذه الدراسة على معيارين : العائلة الأصلية والعائلة بالتبنّي .

وأشارت الإحصاءات إلىٰ أنّ ، في حالات الأطفال الفصاميين ، نسبة السوابق الفصامية : لدى عائلات التبنّي تكون 9٪ بينما تكون 51٪ لدىٰ العائلات الأصلية .

كما لوحظ ، في عائلات تبنّي ذاتٰ سوابق فصامية أن نسبة الإصابة بالفصام لدىٰ أطفال تحمل عائلاتهم الأهلية سوابق فصامية تصل إلىٰ 20٪ بينما تصل إلى 11٪ لدىٰ أطفال تخلو عائلاتهم الأصلية من السوابق الفصامية .

ج ـ دراسة التوائم :

تصل نسبة توافق الإصابة بالفصام لدىٰ توائم مختلفي الإمشاج إلىٰ 11٪ بينما لا تتجاوز 60٪ لدىٰ التوائم الحقيقيين (متجانسي الأمشاج) .

ويثبت هذا الحدّ الأعلى ـ60٪ ـ أن الوراثة ليست العامل الوحيد المتدخّل في نشوء الفصام إذ لو كان الأمر كذلك لوصلت نسبة توافق الإصابة بالفصام لدىٰ توأمين متماثلي الأمشاج إلىٰ 100٪ .

ويقترح باحثون حاليا نموذجا أحادي المورِّثة ، ذات صفة مقهورة واختراق (تظاهر) جزئي لدىٰ متماثلي الأمشاج . أمّا الإضطراب المتنقل وراثيا فلا يزال مجهولا ويرى البعض أنه إضطراب عضوي ينال بنية الجهاز العصبي المركزي .

٢ ـ خلال الفحص بالتصوير الطبقي المحوري ، للجهاز العصبي المركزي لوحظ وجود توسّع في الشقوق الدماغية وتوسّع بالبطينات إلاّ أن هذه الإضطرابات غير وصفية وتتبدّل تبعا للعمر .

٣ ـ النظريات الإنتانية :

توجد نظرية تقول بالسببية الفيروسية للفصام الذي تعزوه إلىٰ إضطرابات خلوية تنجم عن دخول الفيروس (الحمة الراشحة) . وقد أجريت دراسة إستخرجت علامات مناعية دموية لدىٰ سبع وأربعين فصاميا تشير إلى وجود حمة راشحة بطيئة . ويدّعم أنصار هذه النظرية رأيهم بحدوث حالات جودية حادّة (تماثل الجمود الفصامي ، إثر الإلتهابات الدماغية الفيروسية) .

4 ـ النظريات الحيوية الفيزيولوجية :

برزت في الخمسينات نظرية (أوسموند) وتقول بوجود إضطراب حيوي كيماوي يتمثّل في نزع ميتيل الكاتيكولامين لتصبح مستقلبات سامة تماثل في فعلها وبنيتها المسكالين وهو مركب مهلس . إلا أن كشف مركبات من هذا النوع بالرحلان الكهربائي في البول ، لا يحمل سمة وصفية وليس ثابتا . . .

أما حاليا فتسود نظريتان أساسيتان .

أ ـ نظرية فعل الدوبامين

أشارت بعض الملاحظات التجريبية إلى أن الأمفيتامين الذي يحرّر الدوبامين يزيد الحالة الفصامية شدّةوتنشط المذيان الزوري الذي يميل إلى الإزمان أما المواد الكابحة للدوبامين (المثبطّات العصبية) فهي تحسّن الأهلاس والهذيانات . لذلك تقدّم « شتاين ووايز » في 1973 بفرضية تقترح وجود إضطراب في المنظومة الدوبامينية الدماغية يؤدي إلى نشوء مادة سامة للدماغ . . . إلا أن هذه الفرضية تحمل ثغرات وتتعرض لكثير من النقد .

ب ـ نظرية فعل الأندورفين :

وهي أكثر حداثة ، يوجد ثلاثة أنماط من الأندورفينات : ألفا : α وبيتا : β وغاما : σ . فتحدث الإضطرابات الفصامية نتيجة لإختلال التوازن بين الأندورفينات الثلاث وخصوصا لإضطراب تقويض الأندورفين غاما .

وأشارت التجارب على الحيوان إلى أن تراكم الأندورفينB بيتا يؤدي إلى الحالة الجمودية . بينما يؤدّي تراكم الأندورفين ألفا α إلى لوحة سريرية زورية .

هذا ولا يوجد تعارض بين النظرية الاندورفينية والنظرية الدوبامينية .

ب ـ النظريات النفسية والإجتماعية

1 ـ النظرية الثقافية الاجتماعية :

يرى « كوبر » ، وهو من روّاد المدرسة المضادة للطب النفسي (أطباء نفسيون منشقّون أن الإتجاه التقليدي) أن الفصام إنعكاس لنمط التنظيم السياسي الإقتصادي لمجتمع معينّ ويقول بوجود مجتمع منتج للفصام وهو مجتمع مضطرب يحمل درجة عالية من التوترّ والإستلاب ، إلاّ انه ينكر مرضيته ويحاول التخلّص منها (بدل معالجتها) بتحميلها لعدد من الأفراد الضحايا (أكباش محرقة) يدفعهم إلى المرض حتّى يتاح له عزلهم عن المجتمع . ومن البراهين التي يستخدمها هذا التّيار ـ تبّدل اللوحة العرضية للفصام حسب الوسط الثقافي ـ العرقي

ـ ندرة الفصام في بعض المناطق والمجتمعات (أفريقيا) وغيابه تماما في بعض الإثنيات كقبائل « البانتو » الإفريقية ـ أن الدراسات الطبية القديمة لم تورد وصفا يقارب الفصام ولم يتمّ ذلك في أوروبا إلا بدءا من القرن التاسع عشر .

وقد أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة نموذجية دولية استمّرت خمس سنوات ومسحت ثمانية دول هي : الدانمراك ، بريطانيا ، تشيكوسلوفاكيا ، الاتحاد السوفياتي ، تايوان ، نيجيريا ، الهند ، كولومبيا ـ وممّا استنتجته :

ـ تصادف الأعراض الهلسية البصرية أكثر في مناطق العالم الثالث .
ـ يوجد تناذر عرضي نوويّ مشترك : الآلية الذهنية ، أفكار التأثير ، الأهلاس السمعية .
ـ يكون الإنذار أفضل في مناطق العالم الثالث ممّا هو عليه في العالم الغربي .

ويفسرّ بعض الباحثين ذلك بالعزلة الإجتماعية والضغوط الشديدة وعوامل الرضى النفسي واللاّإستقرار واللّا أمن في المناطق المصنّعة .
ـ أشارت دراسات أخرى إلى وجود أحداث حياتية راضة أكثر من العادة خلال الشهر الذي يسبق التظاهر المرضي .
ـ كما لاحظ بعض العلماء أن نسبة التعرّض للفصام ترتفع لدى مواليد نهايات الشتاء وبدايات الربيع .

2 ـ نظرية الإتصال البشري :

سبق التعرّض لها في بدايات هذا الكتاب وهي نظرية حديثة (نشأت مدرسة الإتصال البشري في الخمسينات) تنظر إلى النشوء الفصامي عبر التفاعل والإتصال العائليين . فالفصامي ليس فردا منعزلا بل هو عقدة التبادل في منظومة العلاقات الداخلية العائلية .

يرى « باتيسون » (مدرسة باولو آلتو) وجود إتصاّل حول الإتصاّل يسميه ما وراء الإتصاّل ، يتمثّل في تبادل (شبه خفي) لمعلومات حول الرموز المستخدمة والعلاقات القائمة بين المتخاطبين : بحيث يسمح بتصحيح مستمّر وتقويم للفرضيات التي يطلقها المتخاطبون حول رموزهم وأدوارهم وأحاسيسهم . لذلك يعتقد « باتيسون » أن العلاقة بين الفصامي وأمّه تتميّز بغياب التوافق والإنسجام بين الإتصال وما وراء الإتصال . بحيث يتناقض أو يتعاكس المعنى الذي يظهر في الرسالة الإتصالية (الخطاب) ومع سمات تفاصيله (ما وراء الإتصالية) : (كنبرة الصوت ، وتعابير الوجه وسماؤه ، والظروف المحيطة الخ . . .) بحيث يحدث إلتباس بين مستويين منطقيين . . . يسمّي « بايتسون » ذلك « مفارقة الرابطة المزدوجة (الرابطة المتناقضة) أو (القسر المزدوج) ، وشروط أو ظروف تشكّل هذه

الرابطة ضمن الوسط العائلي هي :

1 ـ وجود شخصين أو أكثر في الموقف .

2 ـ تكرّر التجربة : توقّع دائم ومعهود لنمط العلاقة .

3 ـ أمر أو طلب ناو أوّلي يمنع سلوكا معينا أو غياب هذا الأمر مع وجود تهديد عاطفي .

4 ـ أمر أو طلب ثانوي (تالي) يتناقض مع الأوّلي ، يترافق مع تهديد عاطفي ويكون كلاميا أو غير كلامي .

5 ـ أمر او طلب ثالث يمنع من الهروب من الموقف . ويستهدف منع الوعي بتناقض الموقف ويحمل في معناه رسالة إتصالية مثل « إن قبلت أسلوب الإتصال هذا ، المتناقض ، فإنك ستحظى بالحب ولن تهملك أمك . » .

بحيث يجد الفرد (الطفل او المراهق) نفسه في منظومة إتّصال عليه أن يختار فيها إما قبول التناقض وإدماجه بما يحرّف المنطق والواقع وإمّا فقدان علاقة عاطفية جوهرية بالنسبة له بحيث يضطر إلى تشويه دائم لمختلف وسائل إتصاله الكلامية وغيرها وكذلك انفعالاته وعواطفه وعلاقته الحسّية والإدراكية بالعالم الخارجي .

3 ـ النظريات العائلية :

فصلنا نظرية الإتصال عن النظريات العائلية رغم أنها تتصّل بها نظرا لخصوصيتها . فالنظريات العائلية تتراوح بين الأبعاد الإتصّالية والإجتماعية والتحليلية النفسية ومن بينها بالخصوص :

ـ مفهوم الإنسجام (أو التعاون) الكاذب : (وين) :

حيث تبدو عائلة الفصامي بمظهر عائلة هادئة منسجمة في ذاتها ، خالية من الصراعات أو التناقضات بشكل غير عادي كما تكون منغلقة منعزلة قليلة العلاقات الإجتماعية . . .

ـ يرى « لا ينغ » الطبيب النفسي البريطاني أن صراع المحيط الأسروي وإشكالاته تتكثّف في الفصامي ، الذي يبدو ترجمة خيالية لهذا الصراع ويكون الفصامي طرفا في هذا الصراع إلا أنه يمُنع أو يفقد القدرةعلى الإتصال بحيث يصبح الهذيان الوسيلة الوحيدة المتبقّية لديه للتعبير والإتصّال ولو على حساب الواقع .

4 ـ نظريات التحليل النفسي :

يوجد مدخل أسروي ، للتحليل النفسي ، على مستوى نشوء الآليات والبنى النفسية للفصام . حيث يوجد إضطراب نفسي هام لدى والدي الفصامي الذين لا يتمكنان من القيام بدورهما الأبوي بشكل سوي . فتكون الأم قلقة متباعدة عن حاجيات طفلها وغير متفهّمة وبنفس الوقت متدخّلة مفرطة الحماية مع أساليب مساومة عاطفية وآستبعاد . بينما يكون الأب غائبا أو قليل الحضور في تربية أطفاله أو يكون حاضرا شديد القسوة والتسلّط . وتكون الأسرة عموما إمتثالية اجتماعية محدودة العلاقة بالخارج . أما العلاقة بين الوالدين فتتميّز بالتباس الروابط العاطفية التي تغطّي العدائية والخوف أو الإحتقار تجاه الطرف الآخر إلا أن هذه المشاعر تكون غالبا صامتة ولا تتظاهر إلاّ بإشارات خفية .

ومن العوامل الممرضة النفسية الأساسية عجز الوالدين عن توفير مناخ عاطفي لطفلهما وغياب صورة أبوية ثابتة ومتسجمة تسمح للطفل بالمرور بمرحلة كما هي سوية في سياق نشوئه النفسي ، ممّا يسمح له بإيجاد نماذج أولية لتركيز منظوماته النفسية (الأنا ـ الأنا الأعلى) .

ويرى معظم باحثي التحليل النفسي (كلاين ، راكاميه ، ماهلر . . .) أن البنى والإستعدادات النفاسية تتشكّل منذ المراحل الأولى من الحياة وعبر العلاقة الأولى بالموضوع (الموضوع الجزئي : الثدي ، الموضوع الكليّ : الأم) بحيث يحتاج الفرد إذّاك إلى العطف والرعاية والإشباع حتى يشعر بأنه موضوع حب وجدير بالقيمة ممّا يتيح نمو النرجسية البدئية لديه وهي ذات الدور الركائزي لتكامل الذات والصيرورة نحو التفرّد والإستقلال ، عبر سياق تالي من توازن آلية الإثابة ـ الحرمان . بينما تؤدّي بعض أنماط خلل هذا التطور إلى نشوء الفصام

إن هذه النظريات والفرضيات السببية لا تتعارض ولا تتناقض إذ أنها تتعامل مع الفصام وتفسرّ منشأهُ من أبعاده مختلفة بل ونعتقد أن بعضا منها تلتقي بالتحليل الأخير وما يمكن إقتراحه لايجاد هيكل سببي للفصام ، وحتى تأتي الدراسات الراهنة والمستقبلية ببراهين أكثر ثباتا ودقّة ، هو جمع ما ينسجم ويتدعّم ببعض البراهين المقنعة من هذه النظريات بحيث يمكن قبول العامل الإرثي لا كعنصر حاسم

وحدّد بل كاستعـداد عضوي يستجيب ويتفاعـل مع العوامـل المحيطيـة بمختلف أشكالها الثقافية الإقتصادية الإجتماعية والإتصالية والعلائقية الأسروية التي تتكثّف على مستوى فعلها في صيرورة النشوء النفسي للفرد في مراحل حياته الأولى والمبنية على تشكّل المنظومات الأساسية للجهـاز النفسي (الشعـور ـ ما تحت الشعـور ، اللاشعور ، والأنا) الأنا الأعلى ، الهو ،) في سياقها الدنياميكي وقوانين حركتها بحيث يتأثر نموذج التعلم والنمو ومراحلها بضغوط وشذوذات هذه العوامل ، وتأتي هذه المقاربـة ضمـن إنسجـام هذا المنظـور مع القوانـين الظواهريـة السلوكيـة والإتصالية .

وسائل وأساليب معالجة الحالات الفصامية

يتضمّن منهج المقاربة العلاجية الحديثة للفصام أساليب متكاملة تستهـدف التعامل مع الأعراض النفاسية في ذاتها ومنع التطوّر المرضي وإتاحة تعزيـز بنيـان شخصية المريض ومن ثمّ مساعدته على استرجاع الإندماج الإجتماعي بمختلف أبعاده وللتوصّل إلى ذلك تستخدم و سائل دوائية وسلوكية وعلاجية نفسية وإجتماعية .

١ ـ كيفية التعامل مع هجمة فصامية زورانية :

يحدث خلال الهجمة الهذيانية الفصامية إضطراب هام في سلوك الفرد ونشاطه اليومي فيختل عمله وعلائقه الإجتماعية . لذلك يجب تقييم مدى قدرته على الإعتناء بنفسه ومواصلة حياة مستقلّة وكذلك الأخذ بالإعتبار إحتمال إرتكاب المريض أعمال هذيانية عدوانية قد تنال منه أو من أفراد محيطه . لذلك غالبا ما يتطلب الإقامة في مستشفى نفسي يتلقّى فيه المريض المرحلـة الأولى من العـلاج الدوائي بالمثبطـات العصبية إضافة إلى تطبيق خطة علاجية نفسية ملائمة .

2 ـ معالجة الحالات الفصامية ذات التطوّر التنكسّي المتقدّم

هي حالات شديدة يحـدث فيهـا تراجـع شامـل وإنفصام في النشاط النفسي والذهني ولا تعرض على العلاج الطبّي إلا في مراحل متأخرّة . يكون المريض عاجزا

عن مزاولة أي نشاط سوي أو التعامل مع منهج علاجي نفسي أو إجتماعي لذلك قليلا ما تكون معالجته الخارجية ممكنة بل تتوجب إقامته بالمشفى . أما المنهج العلاجي فيتمثل في وصف مثبطات عصبية مزيلة للتظاهرات النفاسية بمقادير متزايدة تدريجيا ولفترات طويلة حتى يتراجع اللجم والإنغلاق الذاتي وعند الحاجة يلجأ إلى المعالجة بالصدمة الأنسولينية أو الكهربائية . وعندما تتحسّن حالة المريض تصبح المقاربة العلاجية النفسية والإجتماعية متاحة . ويلاحظ أن كثيرا من حالات خبل البلوغ الموصوفة بالإنذار السيء تحسّنت بفعل المعالجة الملائمة وتمكّن المرضى من إستعادة حياة وعلاقات إجتماعية مقبولة .

3 ـ أسس المعالجة الدوائية للفصام .

تعتبر المثبّطات العصبية المعالجة الدوائية الرئيسية للفصام .

يتّم إختيار نوع المثبّط العصبي حسب علاقة مفعوله النوعي باللوحة العرضية للتناذر فيصطفى دواء يكون إما ذا مفعول مهدىء ، أو منشّط نازع للجم أو مزيل للتظاهرات النفاسية النموذجية (الهذيانات ، الأهلاس)

ويفضل إختيار المثبطات العصبية ذات المفعول المديد (حقنة عضلية واحدة أو حبة كل ثلاث أو أربع أسابيع) إذ أن تعاطي هذه الأدوية يكون مستمرّا أو لفترات مديدة مع إمكان إتاحة أطوار راحة (النوافذ العلاجية)

وتخصّص الأشكال المحقونة غالبا للحالات الإستشفائية (للمقيمين بالمشفى) أما المقادير فيتمّ تكييفها حسب شدة الأعراض .

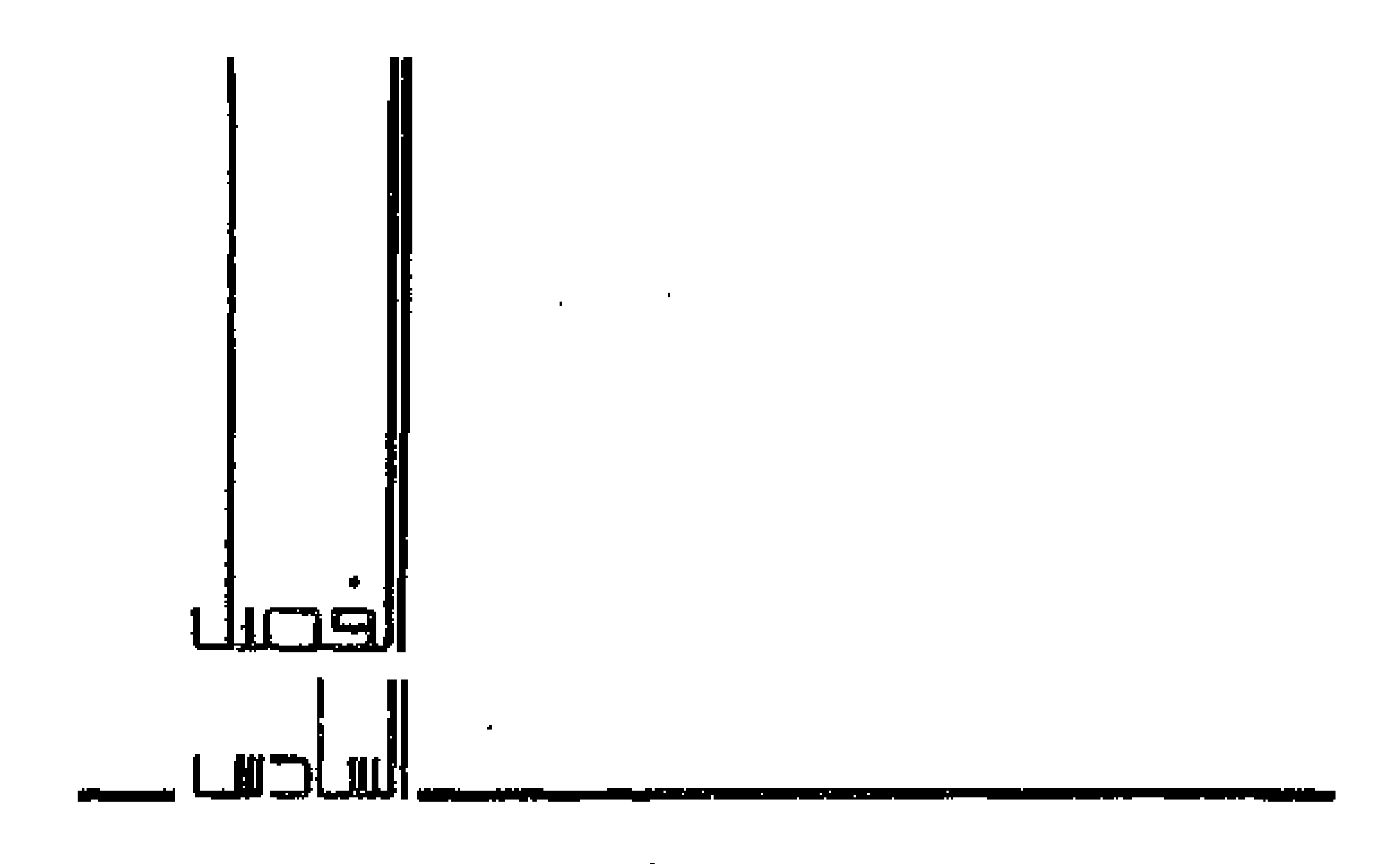
ويمكن إضافة المنّومات أو المهدئات أو مضادّات الهمود عند الحاجة .

أما مضادّات داء باركنسون التي تزيل الآثار الجانبية خارج الهرمية للمثبطّات العصبية فيفضّل ألاّ توصف إلا عند ظهور هذه الإضطرابات (ويوصى بإعطائها فور ظهور الأعراض حتى لا يشتّد قلق المريض .

المعالجات النفسية والإجتماعية

توجد عدة انماط من المقاربة العلاجية النفسية والاجتماعية للفصام من بينها .

- المعالجات النفسية المستنبطة من التحليل النفسي الفردية والجماعية .
- المعالجات العائلية .
- المعالجات السلوكية خصوصا الإدماجية منها .
- المعالجات النفسية المؤسسائية .
- المعالجات الإجتماعية (إعادة الإدماج الإجتماعي) والمعالجة بالعمل .



التناذرات الهذيانية المزمنة

I مدخل تاريخي إلى تطوّر مفهوم الهذيانات المزمنة

تعني كلمة الهذيان الخروج من السياق الذهني الواقعي .

في القرن التاسع عشر وفي فرنسا أطلق الطبيب النفسي «أسكيرول» تسمية «الحالات الجنونية الجزئية» أو «الحالات الموسية المنعزلة» إشارة إلى أن سلوك المريض يظلّ طبيعيا خارج إطار منظومته الهذيانية . وإثره (1852) إهتم «لا سيغ» بالبعد السريري للهذيان المزمن مشيرا إلى موضوعه من خلال تصنيفه : «هذيان التعقّب» كما إعتبر تطوّر الهذيان عنصر أساسيا للتشخيص . وتبعه في ذلك «فوفيل» و «موريل» و «فالرية» .

أما في نهايات القرن التاسع عشر فقد أكد الطبيبان «مورك» و«مانيان» على ضرورة التفريق بين الهذيانات «المنطقية» والمنسجمة والهذيانات المضطربة غير المنتظمة (والتي تتظاهر في الفصام والبارافرينيا) وهي تشير إلى تنكّس ذهني بينما لا تنجم الهذيانات المنتظمة عن قاعدة مرضية متكاملة .

كذلك إتجه الإهتمام إلى وصف الهذيانات تبعا للآليات البدئية : (الحدس أو الإستنتاج ، التأويل ، الأهلاس ، الأوهام ، الخيال) . وأشير إلى النفاس الهذياني المزمن والنفاس الزوري . وفي بدايات هذا القرن إنطلق المؤلفون الفرنسيون من ذلك معتمدين على آليات النشوء في تفريق التناذرات الهذيانية فوصفوا : الهذيان التأويلي المزمن (سريو ، كابغرا : 1909) ، هذيان الخيال (يماثل البارفرينيا : النفاس المجانب ، دوبرية 1911) ، الهذيان الهلسي المزمن (باليه 1912)، الهذيان العاطفي (كليرمبو 1921) . وقد وصف هذا الأخير تناذر الآلية الذهنية .

اما في المانيا فإن «كريبلين» فصل في 1899 عن ما أسماه «العته الباكر» تناذرا هذيانيا دون أهلاس أو تطوّر عتهي وأسماه الزور : البارانويا (وهي تسمية ابتكرها كاملبوم في 1863) ، كما فعل تناذرا هذيانيا هلسيا وخرافيا وأطلق عليه تسمية البارافرينيا (النفاس المجانب) . أما الحالات الهذيانية المزمنة الفصامية فقد إحتفظ بها في إطار وحدة «العتة الباكر» .

واتجه «بلولر» إلى تحديد الآليات المركزية المرضية النفسية التي تنظّم الهذيانات وعزاها الى إضطرابات في التداعي والتناسق الفكري بحيث قرّبها إلى مفهوم الفصام .

كذلك إهتمت مدرسة التحليل النفسي في بدايات هذا القرن (فرويد ، أبراهام ، ميلاني كلاين ثم لاكان حديثا برجريه) ببنية الهذيان وقاربته من زوايا الآلية النشوئية والوصف والموضوع والتشخيص وحاولت إستخراج وتحديد البنى المرضية النفسية ومميزاتها(النفاسية ، العصابية ، النرجسية ، الهمودية) التي تتظاهر فيها الهذيانات .

في ألمانيا وصف «كرتشمر» بارانويا الحسّاسين .

بينما أشار «هنري أي» في فرنسا إلى وجود بنية مرضية نفسية بدئية وطرح

مفهوما يقول بوجود عناصر سلبيةوعناصر إيجابيةفي كلّ نفاس هذياني: (العناصر السلبية : تفككّ النشاط النفسي ويكون في حده الأدني في الهذيان المزمن . . . العناصر الإيجابية : إعادة تركيب خيالية للعالم طبقا للبنية النفسية الداخلية . . .

أما حاليا فتنزع المدرسة الأنغلو سكسونية (أمريكا) إلىٰ إدخال معظم الهذيانات المزمنة في نطاق مفهوم موسّع للفصام . بينما تفرّق المدرسة اللاتّينية (فرنسا) الفصام عن الهذيانات المزمنة التي لا تتّسم بالتنكس أو الإنفصام وهي أساسا :

- الهذيانات الزورية المنتظمة
- النفاسات الهلسية المزمنة .
- الهذيانات الخيالية المزمنة : (البارافرينيا : النفاس المجانب)

هذا ، وقد تغيرّت النظرة التشاؤمية إلىٰ الحالات الهذيانية المزمنة منذ إكتشاف المثبّطات العصبية (اللاّ رغاكتيل 1952«دينكر» ، «دلاي» بفرنسا) وبتطور الأساليب العلاجية النفسية والمؤسساتية ، حيث ثبت أن نسبة من الهذيانات المزمنة قابلة للشفاءالكامل وأن إزمان المرض يعود أحيانا إلىٰ العوامل الإجتماعيةكموقف المحيط وعزل المريض وتدنّي مستوى العناية والمعالجة .

كما أن إكتشاف مضادات الهمود سمح بتمييز نوعين من التناذرات الهذيانية المزمنة . تلك التي تستجيب لهذه الأدوية وتلك التي لا تستجيب لها ممّا دفع بعض الباحثين (غيوتا) إلىٰ إعتبار بعض الحالات الهذيانية دفاعا ضد الهمود (وبالتالي يمكن أن نفترض أن الهذيان الحاد أو المزمن آلية نفسية أساسية قد تمثّل أحد العدائل السيكوسوماتية (النفسجسمية) للهمود .

IIمفاهيم الهذيانات المزمنة وتصنيفاتها

١ ـ التصنيف السوفياتي :

تفرّق المدرسة السوفياتية بين الهذيانات باطنية المنشأ والهذيانات نفسية المنشأ أو الإرتكاسية وهي تنجم عن إرتكاس الشخصية تجاه رضوض نفسية شديدة أو مديدة . وهي غالبا ما ترتكز علىٰ خصائص مرضية بالشخصية .

تُصنّف هذه الهذيانات الارتكاسية إلى :

١ ـ الهذيان الزوراني الارتكاسي :

يحدث في ظروف حياتية تهيىء للمخاوف والشكوك والريبة تجاه المحيط وعند نقص المعلومات الكافية لنفي هذا الشك . كأن يسافر الفرد في عربة قطار مليئة بأشخاص لا يعرف لغتهم يتحدثون ويمزحون فيشكّ بأنهم يتحدثون عنه ويسخرون منه ، أو أن يعتقد مريض مصاب بآفة عضوية عادية ، انه مصاب بمرض خطير وأن محيطه وطبيبه يخفون عنه الحقيقة الخ . . .) وعندما يحصل الفرد على معلومات كافية غالبا تزول الحالة الهذيانية .

2 ـ الهذيان الزوري الارتكاسي :

يحدث لدى أفراد ذوي شخصية مرضية زورية عندما تشتد وطأة المواقف الراضّة . وقد يحدث لدى أفراد أسوياء الشخصية . وهو هذيان منظّم حول أفكار ثابتة (غيرة ، إختراع ، إساءة) ويكون مديدا إلاّ أنه لا يترافق بأهلاس وأوهام مثل الهذيان الزوراني الارتكاسي .

3 ـ الهذيان المحدث (أو المنتقل) :

يحدث لدى أفراد يتّسمون بالايحائية وضعف الشخصية عندما يكون على إتصال مديد وحميم مع شخص مريض بالهذيان وذا نفوذ عليهم وقد تشاهد حالات هذيان جماعية . يتوقف الهذيان المحدث عادة بعد فصل الشخص المسبب عن الآخرين .

2 ـ التصنيف الأوروبي (هنري أي)

1 ـ الهذيانات دون تطور تنكسي :

أ ـ النفاسات الهذيانية المنتظمة (الهذيانات الزورية : الهذيانات العاطفية ، هذيان التأويل «لسريو» . . .)

ب ـ النفاس الهلسي المزمن

ج ـ النفاس المجانب (البارافرينيا)

2 ـ الهذيانات المزمنة المتكسة :

ـ الهذيانات الزورانية الفصامية

3 ـ تصنيف المنظّمة العالمية للصحة : (وهو يتعـرّض للنقـد من حيـث منهجيّته)

1 ـ الحالات الزورانية :

أ ـ الزور

ب ـ النفاس المجانب (بارافرينا)

2 ـ الهذيانات الفصامية

أ ـ الهذيانات المنفصمة

ب ـ الهذيان الخرافي

4-التصنيف الأمريكي الحديث DSMIII

1 ـ الاضطرابات الزورية .

الهذيانات الزورية المنتظمة دون أهلاس .

2 ـ هذيانات أخرى تتصّل بالفصام .

III الدراسة السريرية للهذيانات المزمنة

تنشأ الهذيانات المزمنة بشكل متساو لدىٰ الرجُل والمرأة . إلاّ أن الهذيانـات الزورية وهذيانات المطالبـة (أو الإحتجـاج) تشاهـد أكثـر لدىٰ الرجـل بينا تكثـر الهذيانات الهلسية والنفاسات المجانية (الهذيانات الخرافية) لدىٰ المرأة .

1- معطيات سريرية عامة :

أ ـ المعايير الأساسية لتحديد حالة هذيانية مزمنة

ـ وجود قناعة هذيانية مستمرّة ، منذ عدّة أسابيع على الأقلّ .

ـ تكون مواضيع الهذيانات متنوّعة مختلفة من مريض لآخر .

ـ توجد عدة آليات هذيانية : الهلسية ، التأويلية ، الإستنتاجية الخيالية .

ـ وجود مشاركة إنفعالية تكون غالبا من نوع الحصر والقلق أو أحيانا حالات إضطراب مزاجي .

ب ـ تشكّل الهذيان وبنيته

تكون الأفكار الهذيانية ذاتية تتضمّن أحكاما حول الواقع لا ترتبط بالمعايير المعروفة ولا يشارك المحيط ، الشخص فيها كما أنها ثابتة لا تزعزعها البراهين المنطقية ولا الإثباتات التجريبية

ـ تتمثّل الآليات المنتجة للهذيان ، عادة فيما يلي :

● تشوّه وشذوذ المحاكمة العقلية (التأويل)

● إضطرابات عناصر الإدراك (الأهلاس ، الأوهام)

● اشتداد الوظيفة الخيالية وطغيانها على الواقع (الهذر)

● الإستنتاجات وحالات الحدس المفاجئة

● الإحساس باستلاب الجهاز النفسي ووجود عوامل خارجية تؤثر على النشاط النفسي وتسيرّه وتسيطر عليه (الآلية الذهنية لكليرمبو)

ـ مواضيع الهذيان الأكثر مصادفة :

● مواضيع التعقّب : يقتنع المريض بوجود من ينوي الإساءة إلى شخصه أو أسرته أو سمعته أو ممتلكاته وأشكال التعقّب الهذياني كثيرة لا متناهية : كالمراقبة والتهديدات والمؤمرات والإعتداءات والتسميم والتنويم والسحر والأجهزة والآلات والإشعاعات الخ . . .

● مواضيع التأثير : يحسّ المريض أن قوّة خفية خارجية أو داخلية تتحكّم في أفكاره وكلامه وأفعاله . . .

● مواضيع العظمة والفخار وهي بدئية أو ثانوية لأفكار التعقّب ، وتتمثّل في أفكار الثراء والإختراع والرسالة البشرية (إنقاذ العالم) والأصل النبيل (ملكي . . .) . . .

● المواضيع الروحانية : هذيانات نبوة ورسائل سماوية

● المواضيع المراقية : تتمحور حول آلام وأحاسيس جسدية يستنتج منها المريض حدوث تبدّلات في جسده وأعضائه وتشوهات وآفات في أحشاءه (كالتعفن والتحجّر . . .) وأفكار إصابات جسدية مرتبطة بالتعقّب والتأثير والسحر .

● مواضيع النفي : تتمثل في تناذر «كوتار» حيث يتعلّق هذيان المريض بتبدّلات وآفات وخيمة وعجيبة في جسده ورغم ذلك وكلّ ما يعانيه من عذاب ، فهو محكوم بالحياة الأبدية لأن اللعنة لحقته ولحقت العالم من ورائه ، فهو ربّما أصبح حتى غير موجود والعالم سائر نحو المصيبة والكارثة لا محالة .

ج ـ الخصائص المشتركة للهذيانات المزمنة غير الفصامية

- بدء هذه الهذيانات في سن متأخّرة بالنسبة للفصام
- غياب علامات الإنفصام .
- غياب وجود تخلّف عقلي ذا إعتبار
- الحفاظ على تكيّف إجتماعي مقبول في أغلب الحالات

2 ـ التناذرات السريرية للهذيانات المزمنة

أ ـ الهذيانات الزورية المنتظمة : (البارانويا)

تعني كلمة البارانويا : التفكير المجانب للواقع أو للمنطق . (شبه منطقي) . تنشأ الهذيانات الزورية المنتظمة غالبا لدى الشخصية الزورية المتميّزة بالخصائص التالية :

1) الأنوية : المركزية الذاتية ، التكبّر ، الإفراط في تقييم الذات .

2) الريبة : شكوك دائمة تجاه مشاعر الآخرين وأحكامهم وتصرفاتهم

3) التصلّب النفسي : برود عاطفي ، عناد ، رفض للنقد ، الإعتقاد بأنه دائما على حق

4) أخطاء المحاكمة : يبني الزوري تسللات شبه منطقية طويلة مديدة ودقيقة وينطلق من معطيات صحيحة ليصل إلى إستنتاجات خاطئة لأنه يبني أحكامه طبقا لأفكاره الثابتة ويستبعد كلّ ما يمكن أن يخالفها أو يثبت عكسها .

يتشكلُ الهذيان إنطلاقا من إحتداد هذه الخصائص بدءاً من حدس أو شكّ ينشأ من حادثة صغيرة خالية من المعنى ، وتكون بدايته غالبا بطيئة خفية وأحيانا ينفجر بشكل حادّ أثر حادثة يعتبرها المريض حاسمة أو إثر صدمة إنفعالية نفسية أو عضوية . يتكوّن هذا الهذيان ضمن منظومة متكاملة متجانسة وواضحة يعيشها المريض في حالة وعي كامل ، إذ أن الهذيان رغم إزمانه ، لا يتداخل مع جوانب حياة المريض الأخرى وأنشطته التي تظل طبيعية :

نميّز ثلاثة أنماط من الهذيانات الزورية :

1 ـ الهذيانات العاطفية .

2 ـ هذيانات العلاقة لدى الحسّاسين

3 ـ هذيان التأويل المنتظم (الجنون المنطقي أو «العاقل») .

تبدأ هذه الهذيانات غالبا بعد سن الثلاثين وخصوصا حوالي الأربعين وتتغلّب فيها الأليات التأويلية بينما تندر الأهلاس .

أما القناعة الهذيانية فتتبع منهجا متجانسا ومنطقيا داخل منظومته بحيث يتمكّن أحيانا حتى من إقناع الآخرين . ولا يشكّ المريض في سلامة أحكامه ويتصرّف على أساس قناعته الهذيانية .

1 ـ الهذيانات العاطفية

تقسّم إلى مجموعتين : الهذيانات العاطفية الحقيقية (هذيان الغيرة ، وهذيان الهوس الشهواني) وهذيان المطالبة والإحتجاج العاطفي .

أ ـ هذيان المطالبة والإحتجاج العاطفي :

كثير المشاهدة ، يعتمد خصوصا على التأويل ويدفع المريض إلى الإحتجاج

والشكاوي والمطالبة بحقوق مفترضة وحتى الإعتداء لفرض قناعاته . من أنماطه :

ـ المشاكسون الإجرائيون : يعتقدون أن حقوقهم هضمت وأملاكهك سرقت فيكثرون من المشاكسات والشكاوى والإجراءات القضائية ولا يقتنعون بخطئهم فيتّهمون الآخرين ، كالقضاة بالخداع والتآمر والرشوة . . .

ـ المثاليون المتحمّسون : يتمحور هذيانهم حول عقيدة روحانية أو فلسفية أو إجتماعية سياسية فيتشئون الجمعيات ويكثرون من الأنشطة العشوائية ويندفعون بشكل أعمىٰ ومتعصّب لفرض أفكارهم التي يعتقدون أنها الوسيلة الوحيدة لإنقاذ العالم من الكارثة .

ـ أصحاب الإختراعات : يحاولون إقناع ذوي الشأن بأنهم توصّلوا إلىٰ إختراع عبقري وعندما يتمّ ردّهم يتّهمون الآخرين بسرقة إختراعهم أو بالتآمر عليهم . . .

ـ هذيانات البنوة حيث يعتقد المريض أنه طفل بالتبنّي وأن والداه الحقيقيان من أصحاب العروش والملوك والرؤساء أو من أثرياء العالم ومشاهيره الخ . . .

ـ هذيان المطالبة المراقي : يحدث إثر معالجة دوائية أو جراحية حيث يتّهم المريض الطبيب بإساءة معالجته أو إحداث تشويه أو إضطراب وظيفي في جسده ويلاحقه بحقده ويطالب بتعويضات لاجئا إلىٰ القضاء .

ـ كذلك في هذيان مشابه يحدث إثر حادث عمل أو مرور يقتنع المريض بإصابته بضرر جسيم ولا يقرّ بآراء الخبراء بل يكثر الملاحقات والإجراءات والتهديدات مطالبا بالتعويض .

ب ـ الهذيان العاطفي الحقيقي :

1 ـ هذيان الغيرة :

يصادف هذا الهذيان أكثر لدى الرجال وهو كغيره من الهذيانات العاطفية يتمركز حول محورٍ وحيد وينطلق من فرضية بدئية إلىٰ سياق ذاتي من التأويلات الخاطئة علىٰ أساس فكرة ثابتة وعندما تشتدّ الحالة الهذيانية إثر حرمان أو خيبة قد يندفع المريض إلى إرتكاب أعمال عنف وآعتداء قد تصل إلى القتل .

في هذا الهذيان ينطلق زوج ذو شخصية زورية غالبا من حدث صغير كحركة أو نظرة لتنشأ فيه الشكوك التي سريعا ما تتحوّل ، في الخفاء غالبا ، إلى منظومة هذيانية متكاملة وقناعة ثابتة تعتمد على تأويل كل الأحداث والمصادفات لفائدتها مما يدفعه إلى ملاحقات وتحقيقات مع الزوجة بشكل دائم حتى تعترف الزوجة «بخيانتها» وتسيطر أفكار الإنتقام و «حفظ الشرف» على المريض . وقد ينفجر هذيانه بشكل عنيف من ضرب وإعتداء قد يصل إلى القتل أو ينتهي إليه السياق الهذياني لذلك لا يجب إهمال هذه الناحية ولا بدّ من وضع المريض تحت الإشراف الطبي في هذه الحالة مهما بدا وديعا ومسالما .

تتمثّل الآلية النفسية اللاّ شعورية لهذيان الغيرة في إسقاط شخصية مثالية على الخصم (المنافس) حيث يوجد نقص في تقييم الذات لدى الزوري ممّا يجعله يشكّ بحب زوجته له . ونظرا لوجود رغبة لا شعورية في أن يماثل هذا الخصم «المثالي» فإنه يتماهى معه ويعتقد في إستهاماته اللاّ شعورية أنه لو كان مثل هذا الشخص لأحبّته زوجته ونظرا لوجود التماهي فإنه يتمنّى لا شعوريا أيضاً أن تحب زوجته هذا الشخص (وكأنه هو) وعبر سياق نفاسي هذياني يتحوّل هذا الخيال إلى عديل باطني للواقع وتترسّخ القناعة الثابتة بحقيقته . وبحكم أن هذا الشخص (الخصم) يمثل إسقاطا للأنا المثالية (الفاشلة لدى المريض) التي تتنمذج في الطفولة على شاكلة الأب وفي سياق إقصاء الغيرة والرغبة في إمتلاك الأمر إلى اللاّشعور . فإن الخصم يصبح إستعادة لصورة الأب ، إلا أن التكافؤ الضدي يظهر هذه المرة من خلال آلية نفاسية ويمتزج التماهي النفاسي مع الخصم بالحقد الشديد عليه (لأنه ينجح مثلما نجح الأب في إكتساب حبّ المرأة التي يريد المريض إمتلاكها : حسب واقعة الهذياني) .

أما فرويد فهو يدخل آلية جنسية مثلية لا شعورية في تفسير هذا الهذيان (وهي لا تتناقض في عمقها مع ما سبق وشرحناه بشرط أن نعتبر المفهوم النفسي النشوئي للجنسية المثلية وهو نشوء سلبية وضعف عاطفي مرتبط ينجمان عن العجز عن تجاوز المرحلة الأوديبية واستبطان الصورة الأبوية لوجود خلل في نضج مراحل النمو السابقة خصوصا المرحلة الشرجية حيث نلاحظ تقاربا بين الطبع الشرجي الوسواسي والشخصية الزورية في بعض سماتهما . . .) . ويتبع «فرويد» صيغة مبسّطة لحدث

في اللاّ شعور طبعا وهي تتكوّن من ثلاث عبارات تنفي كلّ منها سابقتها عبر آلية الإنكار لتصل إلىٰ النتيجة النهائية الشعورية التي يتمحور حولها الهذيان : «إنـي أحبّ هذا الرجل من جنسي» .

«لست أنا الذي أحبّه» «هي التي تحبّه» . . .

2 ـ هذيان الهوس الشهواني :

أكثر مصادفة لدىٰ المرأة منه لدى الرجل . يتمثّل في أنّ المريض يكتسب قناعة وهمية هذيانية بأنّه موضوع حبّ أحد الأشخاص . ينشأ ذلك بدءا من حادثة خالية من المعنىٰ كنظرة أو نبرة صوت ويتعلّق بأشخاص ذوي مستوى عال أو شهـرة أو سمعة أو رتبة إجتماعية . ويمرّ هذا الهذيان بثلاث مراحل :

أ ـ مرحلة الأمل : تكون القناعة ثابتة لدىٰ المريضة بما يكـنّ لها موضوع هذيانها من ولـه وحـبّ مهما كان سلوكـه أو بعـده مثـلا «إنـه لا يتّصل بي حتـىٰ لايكتشف الآخرون حبّنا» «لا يريد مصارحتي بحبّه لأنـه خجـول ومتحفّـظ» «لقد تزوّج حتى يموّه ويخفي حبّه ، ليس زواجه إلا خدعة» . . . حيـث لا يمكـن لأي حدث أن يقنع المريضة بخطئها . كما أنها تكثر من الملاحقات والوسائـل والهدايـا للشخص «المحبّ» تدوم هذه المرحلة فترة مديدة ثم تعقبها :

ب ـ مرحلة خيبة الأمل : لا تزول هنا القناعة الثابتـة إلا أن نشاط المريضة وتفاؤلها يخمدان ويبدو عليها التشاؤم وتعتقد أن «الشخص المحب» يخاف من حبّـه وربما لن يجرؤ أبدا على إعلان حبّه .

ج مرحلة الحقد : حتى في هذه المرحلة لا تقتنع المريضة بخطأ قناعتها بل أنها تريد ، فحسب ، أن تنتقم لأن «الشخص المُحبّ» لا يريد إظهار حبّه لذلك تلجأ إلى وسائل الملاحقة وأساليب التهديد والمساومة .

2 هذيان العلاقة لدى الحساسين

الشخصية الحسّاسة هي إحدى أشكال الشخصية الزورية وتكون شخصية

واهنة ، منطوية ملجمة حسّاسة متردّدة متوجّسة متشككّة مع لجم جنسي ، تتحمّل العدوانية بسلبية وذات نزعة همودية . يحدث الهذيان إثر حرمان وفشل وأزمات وجودية . فتعزوه أفكار الإشارة والإتهام ويعتقد أن من حوله يتحدثون عنه ويشتمونه ويهددونه . يظلّ الهذيان منحصراً في مجال محدّد وتتخلّله هجمات قلق وحصر أو همود . ويكون تطوّره متأرجحاً ، قد يستمرّ لعدّة سنوات لكنّ إمكانية الشفاء تظلّ قائمة .

3 هذيانات التأويل المنتظمة

سميّت «الجنون المنطقي أو العقلاني» ، يستند فيها المريض إلى الأحداث الواقعية ليقوم بتأويلات خاطئة تتعلّق به شخصيات بحيث لا يوجد أي حدث أو ظاهرة يمكن أن تخضع للصدفة بل كلّ شيء يحمل دلالة ومعنى يقصدانه هو بالذات . وكثيراً ما تنطلق هذه الهذيانات من أهلاس أو أوهام بدئية . وهي تمتدّ في شبكة متسعة تغذّيها تأويلات من منشأ خارجي تشمل كل ما يمكن أن يصادفه المريض . فأن يدعك شخص أنفه تعني أن رائحته غير طيبة وأن يبتسم آخر فذلك لأنه يجده قبيحاً وأن تمر سيارة الشرطة تعني أنه سيدخل السجن أمّا ما يسمعه في الإذاعة والتلفزيون وما يقرأه في الصحف فهو كلّه إشارات إليه واتهامات الخ . . . . كما يلجأ أيضاً إلى تأويلات من منشأ داخلي إذ يفسر أي إحساس حسي بوجود سموم أو مخدّرات في الماء الذي شربه أو الطعام الذي تناوله الخ . . . .

ب ـ النفاسات الهلسية المزمنة

تحدث النفاسات الهلسية المزمنة لدى المرأة غالباً وتتظاهر في سن الأربعين وأحياناً بشكل حادّ ومفاجيء ، وهي حالات هذيانية مزمنه تتظاهر فيها الأهلاس بشكل خاص وهي أهلاس سمعية كسماع الضجيج والأصوات والكلام الذي يتضمن شتائم أو تهديدات أو إتهامات أو محادثات غريبة ويلجأ المريض إلى سدّ أذنيه بالقطن أو رفع صوت الراديو حتى لا يسمع هذه الأصوات . تكثر أيضاً

الأهلاس الحسية كاللمسية بينما تقلّ الأهلاس الشمية .

كذلك فإن تناذر الآلية الذهنية (لكليرمبو) ثابت وحاضر دائماً . وتميّز درجتان من الآلية الذهنية :

١ ـ الآلية الذهنية الصغرى وتتضمّن :

ـ أهلاساً نفسية
ـ أهلاساً كلامية . حركية
ـ تناذر التأثير والتسيير الخارجي
ـ صدى التفكير وتسيير ونقد الأفعال

ويحس المريض بأن أفكاره أصبحت مستقلة عن إرادته سيالة سريعة المرور لكن تمحورها حول موضوع محدّد ويكون إضطراب التفكير جزئياً كما لا توجد إضطرابات حسية ولا ينفعل المريض لأحاسيسه هذه

2 ـ الآلية الذهنية الكبرى

ـ آليات كلامية وحركية وحسية
ـ أهلاس نفسية حواسية سمعية وحسية خصوصاً

يشاهد فيها تناذر التأثير وهوى التفكير (يسمع التفكير من الخارج وتدور الأفكار حول موضوع محدّد كالتعقب والتعليق على الأعمال يكون الإضطراب شاملاً للتفكير . ويحسّ المريض بوجود من يسرق أفكاره من ذهنه يذيعها ويعتقد بوجود أصوات خارجية يتردّد صداها في ذهنه كما أن أفكاره تسمع من الخارج

يكون التطوّر العفوي للنفسات الهلسية المزمنة بشكل هجمات مع أشتداد التظاهرات الهلسية والهذيانية مع بقاء التكيّف الإجتماعي وقد يتكيّس هذا الهذيان مع إستمرار الملكات الذهنية والتكيّف .

ج النفاس المجانب (البارافرنيا)

تبدأ البارافرنيا بين سن الثلاثين والخمسين وتتمثّل في هذيان مزمن شديد التنوع والثراء لا يتسّم بأية معقولية أو منطقية يعتمد أساساً على الآليات الخيالية

وتنسر فيه الأهلاس تتمحور مواضيعه حول العظمة ، والنبوّة والخرافات والمواضيع الكونية (عاش المريض مليون سنة ، هو محرك الكون ومهندس التاريخ ، يتمتع بالخلود ، يمتلك كواكباً ونجوماً . . . .) ولا تتأثر السياقات الذهنية بالهذيان كما أن التكيّف الاجتماعي قد يستمر لفترة طويلة من المرض .

يكون تطوّر البارافرنيا مزمناً يزداد فيه ثراء وتنوع موضوع الهذيان ثم يثبت ويستقرّ بشكل نسبي بحيث يتمحور النشاط النفسي حول قطبين القطب الواقعي والحقيقي والقطب الهذياني مع محتوى تفكير مجانب للمنطق . وقد يشاهد باتجاه الإنفصام الفصامي بعد سنوات عديدة .

3 التطور العام للهذيانات المزمنة :

يبدأ الهذيان المزمن بشكل هجمة هذيانية بدئية أو غالباً بتطوّر تدريجي متصاعد يمتدّ لعدة سنوات .

أما تحت العلاج فإن النزعة الهذيانية لا تندثر بشكل كامل في معظم الحالات بل إن الهذيان يتكيّس وينفصل عن حياة المريض العادية ويظل بشكل ريبة وشكوك شديدة حول موضوع محدّد . وقد يتعرّض الشخص عند فقدان التعويض إلى أطوار همودية أو نزعات إنتحارية أو عدوانية . ومن أصعب الهذيانات معالجة الحالات الزورية العاطفية التي تتطلب غالباً إقامة استشفائية مديدة . وتكون أفضل فترات المقاربة العلاجية المراحل التي يكون الهذيان فيها بصدد التشكّل والإنتظام .

4 التشخيص التفريقي

1 الحالات الهذيانية المديدة من إختلاطات الإدمان الكحولي :

ـ الأفكار الثابتة ما بعد الحلمية : حيث يعتقد المريض بأن تجربته الحلمية حقيقة وواقع .

- التنافر الهلسي لدى الكحوليين : أهلاس سمعية - كلامية تستمرّ لعدة أيام أو أسابيع .
- النفاس الهلسي المزمن لدى الكحوليين .
- هذيان الغيرة .

2 - عناصر تفريق الهذيان المزمن عن الفصام الزوراني :

- يكون البدء غالباً متأخراً في الهذيانات المزمنة ومبكّراً في الفصام .
- لا تكون الهذيانات الزورانية الفصامية متنظمة ومنهجية .
- تغيب علامات الإنفصام الفصامية عن الهذيانات المزمنة .
- يضطرب التكيّف الإجتماعي في الفسام بدرجة أشدّ ممّا في الهذيانات المزمنة حيث قد يظلّ مقبولاً وسوياً في هذه الأخيرة ، بينما غالباً ما يضطرب حتماً في الفصام بدرجات متفاوتة .

IV ظروف وخصائص المقابلة مع الهذياني

يأخذ الهذيان دائماً مضموناً ثقافياً إجتماعياً لذلك لا بد للطبيب من أخذ هذا العنصر بالحسبان والتعرّف على المحيط والمنشأ الثقافي الإجتماعي للفرد حتى يستبعد المعتقدات والأفكار الخرافية أو التقليدية التي تميّز بعض الحضارات (كالإعتقاد بالسحر واستلاب الأجسادوالأرواح واللعنة ، والعين الحاسدة . . . . الخ) حتى لا تلتبس مع الهذيان الحقيقي .

من ناحية أخرى يندر جداً أن يأتي المريض بملء إرادته بل إن هذيانه يضايق نيطه أو يسيء إليه أو قد يتمّ ذلك إثر عمل عدواني متعلّق بالطب الشرعي ، بحيث يحمل المريض على مقابلة الطبيب عبر إجراء أسروي أو إداري أو قضائي . يتطلّب الأمر إذاك من الطبيب كشف الوجود الفعلي للهذيان وحسم الحقيقة المرضية لحالة المريض وسلوكه حتى يتاح له تحديد الإجراءات العلاجية والإدارية الملائمة ، وتحديد مسؤولية المريض المدينة ومدى ما يمثّله من خطر على محيطه .

لذلك غالباً ما يواجه المريض الطبيب بصمت مطبق أو موقف عدائي . كما يعمل على إخفاء هذيانه إذا خشي أن يؤدّي تعبيره عنه إلى إستبقائه بالمشفى أو إعتباره مريضاً يجبر على المعالجة . كما أن المريض قد ينطلق في سرد هذيانه (خصوصاً هذيان الغيرة) فيسوق الأدلّة والبراهين المقنعة ونظراً لأنه كثيراً ما يبدو طبيعياً من جميع النواحي الأخرى فإن الطبيب قد ينخدع بصحة أحكام المريض وبراهينه . . . .
لذلك فما يجب أن يعتمد عليه في إستكشافه :

1 ـ تحديد نمط شخصية المريض والعناصر المرضية فيها .
2. ـ معرفة طبيعية علاقاته مع محيطه ونمط توازنه معه وأسباب حمله على القدوم إلى العيادة الطبية النفسية
3 ـ إستشفاف ما يخفيه المريض من ألم واضطراب نفسي وتحديد نمط الهذيان المفترض .
4 ـ تمييز الواقعي والخيالي فيما يقصّه المريض ومحاولة إستجلاء مقاصدة العميقة من وراء خطابه الظاهر .

أما العناصر التي يعتمد عليها الطبيب فهي :ـ ما يشاهده من مظاهر ـ ما يسمعه من المريض ـ ما يحسّ به ويستنتجه (التحويل المعاكس) ـ ما يقوله محيط المريض .

أ مظاهر المريض :

قد يبدو المريض طبيعياً طوال فترة الإستجواب أو القسم الأول منه حين يلزم الصمت أو الإنكار الكامل ثم تفلت عناصر هذيانية في كلامه وقد يبدأ بمحاولة إقناع الطبيب بواقعية هذيانه .

يكون المريض ذو وضعية وسلوك غريب وشبه مسرحي كثير الحركات والتهيج أو يكون بالعكس يكون صموتاً بارداً متصلّباً متباعداً ، يتجنب الإتصال يتخذ مجلساً بعيداً عن الطبيب يلقي نظرات الشك والريبة ويضبط حركاته وتعابير وجهه .

يكون ملبسه عادياً أو شاذاً وكثيراً ما يكون لباساً كلاسيكياً صارماً .

يحدث أحياناً أن يتحدّث إلى نفسه ويقوم بحركات غريبة .

ب حديث المريض :

قد يتحدث المريض بشكل منسجم ومقنع لكن يُلاحظ أحياناً تلعثم وغطية وتكرار وأفكار ثابتة يعود إليها باستمرار ويعطي لقصّته شكلاً دراماتيكياً وفجائعياً وإذا حادث بكامل هذيانه فقد يقدم الحدث الذي نشأت منه أفكاره ويكون عادة حدثاً تافهاً لا يحمل دلالة مقنعة لغير المريض . إلاّ أن ما يقدّمه إثر ذلك من براهين وقرائن جمعها خلال أشهر أو سنوات تبدو متماسكة ومنطقية ومقنعة . بحيث إن التشخيص لا ينطلق من بنية الهذيان نفسه بل ممّا يحيط به من خصائص شخصية المريض ومدى تأثير الهذيان على الناحية الخاصة من حياته وسلوكه المتعلقة بموضوع هذياناته . حيث يمكن للطبيب إستشفاف حرص المريض على الحفاظ على هذيانه واستخدامه كآلية دفاعية وتبريرية . حيث يرفض كلّ حلّ يمكن أن ينتزع من الهذيان مبرّرات وجوده (مثلاً يرفض المصاب بهذيان الغيرة الطلاق رغم قناعته بخيانة زوجته ويلجأ إلى كلّ ما يمكن أن يغذّي هذا الهذيان متجنّباً ما يمكن أن يدحضه أو يجعله ينهار أمام الواقع إذ يؤدّي ذلك إلى فقدان التعويض أمام المريض ممّا تنجرّ عنه حالات همودية وسلوكية عدوانية أو إنتحارية) .

ج موقف الطبيب وارتكاساته :

كثيراً ما يجد الطبيب نفسه ، في المقابلة الأولى للهذيانات المزمنة أمام موقف عويص ومعقّد على مستوى التشخيص والمسؤولية والعلاقة مع المريض ، فقد يسقط هذا الأخير على الطبيب مشاعر التعقّب ، ممّا يجعل الطبيب يحسّ بتباعد المريض وريبته وعدائيته أو أنه يسقط عليه صورة مثالية فيحاول كسبه لجانبه وإقناعه بهذيانه وقد يرتكس الطبيب لا شعورياً متجنباً القلق الناجم عن شحنة التضخم النرجسي للمريض ، بمشاعر التعاطف معه والإقتناع بما يقوله والرغبة بالوقوف إلى جانبه كضحية لظلم محيطه . أو قد يتّخذ الطبيب موقفاً دفاعياً محاولاً منذ البدء محادثة المريض حول هذيانه المفترض وإقناعه بخطئه . فالموقف الصحيح هو أن يظلّ الطبيب محايداً وشفّافاً أمام الهذيان محاولاً إستكشاف العناصر التي تعزّز التشخيص البدئي أو تدحضهُ .

د أخذ المعلومات من المحيط :

ويتضمّن إستقصاء المناخ النفسي الاجتماعي للمريض وتوازنه الأسروي والمهني ودور الهذيان وآثاره في حياة المريض وأسرته ومحيطه وأخيراً السوابق المرضية للمريض وأسرته .

٧ الآليات الامراضية النفسية للهذيانات المزمنة

تستند النظرية الديناميكية النفسية للتحليل النفسي ، في تفسير الآليات النشوئية الإمراضية للنفاسات الإرتكاسية ومنها الهذيانات المزمنة على تطورّ تعليم ونمو الوليد والطفل واضطراب مراحله . فهذه الآليات المرضية ليست إلا تضخماً وتثبيتاً ونكوصاً إلى آليات وأطوار سوية . يعبرها الطفل خلال مراحل نضجة وتكامله النفسيين ولن نفصّل في هذه المراحل مما يتطلّب مجلّداً قائماً بذاته لكن سنشير عبوراً إلى بعض العناصر الأساسية لهذا النمو .

يولد الطفل إثر حياة رحمية مندمجة مع أمه لذلك يستمر إحساسه الغريزي بهذا الإندماج إثر الولادة . لكن عندما تتعاقب فترات الإشباع والحرمان عند غياب الأم وبعدها (رغم طلب الدفاع) وبدء حس الجسد الوليد بنوع من الإفتراق تذكر البنية النفسية القائمة للوليد ذلك وتعزّز ذلك بمحاولة إشباع ذاتية بمصّ الاصبع ، مما يعتبر آلية هلسية ونظراً لأن الاشباع لا يحدث ، فإن الطفل الذي لا يزال عاجزاً عن تفريق ذوات أخرى عن ذاته يحسّ أو يعتقد بتجزأ ذاته أو جسده لغياب هذا الجزء الذي يقوم بوظيفة الإشباع مما يخلق حالة أزمة ، تسميّها «ميلاني كلاين» : الطور الفصامي - الزوراني ، تواكب الإلتباس بين الموضوع الطيب والموضوع السيء إذ تنشأ في ذات الطفل عدوانية وحقد تجاه مسبب الحرمان (الموضوع السيء) إلا أنه لا يستطيع تمييزه عن ذاته وعند تبدأ أسنانه بالبزوغ إثر الشهر السادس يميل إلى إعلان رغبته بالتدمير والإنتقام بعضّ الثدي (الموضوع الطيب/ السيء) الذي أستبْطِنَ ولذلك تعتوره مشاعر الحصر والذنب لأنه يخشى تدمير ذاته والموضوع الطيب وينْجم عن ذلك ما يسمى الطور الهمودي .

من ناحية أخرى عندما يشعر الطفل بإثابة كافية وعطف وحب تحيط به ينمو فيه الإحساس بالقيمة الذاتية المتبلورة فيما يسمى النرجسية البدئية وهي عنصر جوهري في تمايز الأنا وتكاملها .

أما العنصر الثالث الهام فهو حل إشكالية الرغبة بامتلاك الأم ومنافسة الأب وأحاسيس الحقد والذنب اللاشعورية تجاهه ، تحلّ هذه الإشكالية ، في النمو السوي باستبطان الصورة الأبوية واعتبارها نموذجاً مثالياً يستند إليه الطفل كركيزة لنموه النفسي حتى مرحلة المراهقة . كما أنّ الطفل يحتاج في تكامله النفسي إلى تعاقب عمليات الحرمان والإثابة على أن تكون الإثابة أهمّ كيفا وكماً من الحرمان وعلى ألاّ يكون هذا الأخير راضاً وألا يتجاوز حدود ما يكفي لتعزيز تثبيت الذات واستقلاليتها .

ـ كثيراً ما ينتمي الشخص الهذياني المزمن إلى أسرة يكون فيها الزوج الأبوي منقلباً ، حيث يكون الوالد ضعيف الشخصية سلبياً ذا علاقة أمومية مع أطفاله بينما تكون الأم مسيطرة تقوم بمهام التربية الأبوية والتوجيه . إلاّ أن هذه الأسرة تبدو أمام الآخرين بقناع خادع فيبدو الأب (كما تظهره الأم بتشكياتها المتكرّرة) وكأنه المسيطر المتسلّط وكثيراً ما يستثمر الطفل في السياق الزائف . في هذه الصيرورة تتضخّم نرجسية الفرد ، كما أن حضور الأب الباكر في حياة الطفل لا يسمح له بترتيب علاقته البدئية بالموضوع (الأم) بشكل سوي إذ أن هذا الحضور يجعل المشاعر العدوانية تحتدّ تجاه الأب مترافقة بحصر شديد ويمنع إستبطان الصورة الأبوية فيما بعد بشكل سوي .

يحدث الهذيان في سياق إنهيار للقيمة الذاتية أو الآليات الدفاعية إثر حدث أو موقف راضّين نفسياً ، ممّا يتناقض مع النرجسية المتضخمة ويجعل المريض عاجزاً عن تحمّل الواقع بما يتضمنه من شحنة عدوانية باطنة متوقدة وحصر موافق . لذلك فإنه ينتقل إلى منظومة هذيانية لا واقعية تسمح له عبر الآلية الإسقاطية بنقل صراعاته الباطنة إلى الخارج فيصبح هذا الخارج مرآة عاكسة للهذياني ضرورية الحضور ، فيعزو منشأ العدوانية إلى شخص من المحيط وينكرها (الآخر هو المعتدي ، المتعقّب . . . .) وبنفس الوقت فإن تضخمه النرجسي منتج للحصر والقلق لذلك

فإنه يحتاج للحد منه ويعبر عن الحاجة إلى وجود قوة خارجية تتجاوزه وتسيطر عليه (الرمز الأبوي الذي كان فاشلاً خلال الطفولة)

إذن يتمثّل الهذيان في آلية تعويضية دفاعية جديدة يتبنّاها المريض إثر إنهيار دفاعاته السابقة أمام رض نفسي مديد أو حاد . ويحمل الهذيان قيمة تكافؤضدّى إذ أنّه يتبع نمطاً سادياً ـ مازشياً تلتقي فيه الرغبة بالفشل والإمتهان والحاجة إلى العظمة والقوة المطلقة .

VI معالجات الهذيان المزمنة

أ معالجة الهذيان الزورية العاطفية :

تمثل هذه الهذيانات إشكالية طبية شرعية من حيث التشخيص إذ أنها قد تمثل خطر فعلياً على المحيط ، إن لم يحدث الإعتداء فعلاً . لذلك لا بد من تقييم ضرورة إستبقاء المريض بالمستشفى وإستعمال الوسائل والإجراءات الإدارية والقانونية لذلك .

ـ يمكن إستعمال كلّ المثبطات العصبية مع تفضيل نموذج مهديء (لارغاكتيل نوزينان ، سيدا لاند Largach'l, Nozinan, Sedaland) يشرك مع نمـوذج مثبـط للتظاهرات النفاسية كالهالدول ، ماجبتيل ، نولبتيل ، ترفلوزين Haldol, Majeph'l, Neuleptil, Terfluzine ويجب الإنتباه إلى أن الهذيان قد تعقبه حالة همودية تتطلـب المعالجة إضافة لذلك تكون للمعالجات النفسية التي تأخذ بالإعتبـار خصوصيـات شخصية المريض ، أهمية قصوى .

أما المقادير الدوائية وكيفياتها فتلاءم مع حاجيات المريض .

ب الهذيان الزورية لدى الحساسين وهذيان التأويل المنتظمة :

تعالج بإشراك المثبطات العصبية بمقادير متوسطة ومضادات الصمود (توفرانيل لاروكسيل ، سومنتيل Summh'l, Laroxyl, Tofranil .

إضافة إلى معالجة نفسية تعمل على إستكشاف الصراعات اللاشعورية .

ج النفاسات الهلسية المزمنة :

يفضل هنا الهالدول كمثبّط عصبي مثالي للأهلاس (10-15 مغ حقناً عضلياً باليوم ، ثم عن طريق الفم) كما يفيد البيورتيل ذو المفعول المديد :4 Piportill 100 مغ / بالشهر أو Tribifant 100 مغ/ شهر حقناً عضلياً .

د ـ النفاسات المجانبة (بارافرنيا)

تستعمل المثبطات العصبية بمقادير متوسّطة ، إلا أن مفعولها يكون محدوداً ولا يحسّن إلا بعض الأعراض المزاجية والإضطرابات الثانوية .



مختصر حول الإضطرابات النفسية
عضوية المنشأ ومشتركة المنشأ

مختصر حول الإضطرابات النفسية الناشئة
عن آفات واضطرابات عضوية

I معطيات عامة

تتظاهر عدة آفات واضطرابات عضوية أو تترافق بأعراض واضطرابات نفسية متباينة ومتفاوتة حسب نوع الآفة وطورها وتطوّرها وحسب إستعدادات المريض النفسية ونوع شخصيته وعمره وجنسه .

أهم هذه الاعراض والإضطرابات :

١ ـ تظاهرات شبه عصابية تتمثّل بالوهن وهبوط المزاج وتبدّل الطبع والإستثارة واللاّ مبالاة بالمحيط والهمود واضطرابات النوم والصداع والشكاوي المراقية الألمية ، حالات قلق وحصر .

٢ ـ تناذرات مزاجية مختلفة .

٣ ـ تناذرات تخليطية .

٤ ـ تناذرات هذيانية

أ ـ أهم الإضطرابات النفسية في الآفات العضوية الحادة :

تتفاوت شدّة هذه الإضطرابات حسب بنية شخصية المريض ونوع الآفة وقد تكون تظاهر الإضطرابات نفسية سابقة ، فالقلق والعدائية والإنطواء تظاهرات كثيرة المشاهدة ، بينما تصادف أقلّ من ذلك حالات الحصر الشديد والتّناذرات المزاجية والأطوار التّخليطية والهجمات الهذيانية الحادة التي قد تؤدّي إلىٰ رفض المعالجة .

ب ـ أهم الإضطرابات النفسية في الآفات العضوية المزمنة :

تختلف التظاهرات النفسية في بدايات المرض عماّ هي عليه في مراحله المتقدّمة أو المديدة وهي كثيرا ما ترتبط بمعرفة المريض بالتشخيص وخامته وطبيعة إستجابته لوضع مؤلم يغير نمط حياته وعلاقاته بالمحيط ومن أهم هذه التظاهرات إرتكاسات قلق ثم إرتكاسات همود مع إمتداد المرض قد تقود إلىٰ محاولات الإنتحار . كذلك قد يرفض المريض حقيقة التشخيص ويتمرّد على مصيره وقد يصل إلىٰ إنكار المريض ورفض المعالجة .

II أهم الأمراض والآفات الجسمية المؤدّية إلى إضطرابات نفسية

من بينها آفات وأمراض تتظاهر منذ البدء بلوحة سريرية نفسية أو تكون التظاهرات النفسية في المقام الأول من الأعراض وهي بعض الآفات العصبية والأمراض الغدّية والإستقلابية والآفات القلبية الدورانية والرئوية الحادة (الاحتشاء) والإعتلالات الدموية والآفات الألمية وأدواء الفراء .

ـ وهذه الآفات عموما هي :

ـ أمراض الجهاز العصبي المركزي : الإلتهابات الدماغية والسحائية ، الرضوض الدماغية ، الأورام الدماغية ، إستسقاء الدماغ وهبوط توتّره ، النزوف وأمّهات الدم القحفية ، داء باركنسون ، التصلّب اللويحي ، الصرع .

ـ الآفات الغدية والإستقلابية : داء أديسون ، قصور الدرق أو فرطه داء كوشنع ، قصور نظيرة الدرق أو فرطها ، الداء السكري ، هبوط سكر الدم . . .

ـ الإعتلالات الدموية : داء بيرمر ، داء فاكيز . البورفيريا .

ـ أدواء الفراء : الذئبة الحمامية .

ـ عوز الفيتامينات : والقصورات الغذائية .

ـ الآفات الكبدية والكلوية .

I التظاهرات والإضطرابات النفسية في الصرع والنوبات الصرعية

يحدث الصرع لعدّة أسباب عضوية ووظيفية بنيوية أو طارئة يمكن إثبات بعضها عن طريق وسائل الإستكشاف بينما يظل بعضها الآخر متعذّر التحديد . فهو يكون نتاجا لتشوّهات ولادية (تشريحية ، وعائية . . .) ولحوادث خلال الولادة كنقص الأكسيجين الحاد والنزوف والكسور القحفية الخ . . . وقد تطرأ النوبات بفعل نمو أورام دماغية ولمختلف أنواع الرضوض وعقابيلها (كتليف السحايا) . وتوجد عدائل نفسية ـ عصبية للصرّع تطرأ بشكل متقطع واحتدادي منها : إضطرابات المزاج الإشتدادية ، الأليات النفسية الحركية ، التظاهرات النفسية الحوّاسية الإشتدادية .

التظاهرات والتناذرات النفسية التي تحدثها النوبات الصرعية :

تتميّز هذه الإضطرابات بأنّها تبدأ وتنتهي بشكل فجائي وتكون غالباً سريعة العبور . كما يطرأ فقدان ذاكرة فجوي يتعلق بهذه الإضرابات التي تميل إلى النكس والتكوّر على نفس الشاكلة .

من بين هذه التظاهرات :

ـ حالات غروبية : تتّسم باندهاش مديد أحيانا دون فقدان توجّه يظلّ فيه النشاط منتظما عموما وقد تتخللّها أهلاس وهذيانات مع سلوكيات عنيفة .

ـ حالات حلمية : تتخللها مشاعر غرابة وضياع شخصية وتكرّر الأحداث وعودة الماضي والذكريات وأحيانا أهلاس بصرية أو سمعية .

ـ الآليات النفسية الحركية وتسمّى أيضا بالتشرّد الصرعي الذي يجب تمييزه عن أشكال التشرّد الأخرى (الهسترياثية السيكوباتية . . .) وهو سلوك آلي يشابه الحالة الغروبية دون هذيانات أو اهلاس بل ينطلق المريض في تنقلات ورحلات بعيدة وغير عادية ودون وعي وإثر عودة المريض إلى حالته الطبيعية يحدث لديه وهل فجوي ولا يدرك ما حدث له .

ـ تناذرات تخليطية وتخليطية حلمية .

التبدّلات السلوكية والنفسية المديدة في الداء الصرعي :

تحدث لدى المريض الصرعي عدّة تبدّلات بامتداد الداء منها :

ـ بطء التفكير ولزوجته وركودته حول التفاصيل والتكرار والتشبّث بنفس الموضوع وتراجع الملكات الذهنية عموما بنسب متفاوتة .

ـ تحدث أيضا اضطرابات بالطبع والعاطفة والإنفعال منها القلق والإلتصاق والإرتباط العاطفيين والسلوكيات المتصلبّة وسلوكيات عدائية وعدوانية وأطوار همودية إرتكاسية ، كما تشاهد أندر من ذلك إضطرابات شديدة بالشخصية تتمثّل بالإنفجارات الإنفعالية واضطراب المزاج والعدائية والتشكيّ الدائمين كذلك يحدث لجم إجتماعي . ويشاهد أحيانا لدى الصرعيين تطوّر هذياني هلسي مزمن ذات مواضيع روحانية أو تعقّبية أو مراقية غريبة غير نموذجية وتشاهد أيضا حالات تطوّر عتهي تدريجي .

2 - بعض التظاهرات النفسية للأورام الدماغية :

- في الأورام الجبهية تكون الأعراض قليلة أو صامتة. وهي تتّسم نفسيا بحالة من تساوي المزاج واللاّ مبالاة أو مرح وبشاشة «غبّية» (كتلك التي تشاهد لدى ناقصي العقول) مع اللاّ مبالاة .

- الأورام الصدغية : قد تحدث نوبات صرعية تترافق بأهلاس سمعية ونوبات إحتدادية من الشعور بالإختناق تشابه نوبه الحصر وآلام بطنية وتشنّجات عضلية معممّة .

- أما الأورام القفوية فقد تتسبّب في نوبات صرعية مع أهلاس بصرية .

3 ـ الإضطرابات النفسية العصبية في الرضوض الدماغية :

قد تحدث إثر الرض مباشرة حالة تخليطية وإضطرابات وظيفية نفسية عصبية كالحالة الحلمية والهذيانات والحالات الغروبية واضطرابات الذاكرة وتبدلات المزاج (هوسية أو همودية) . . .

أما الإختلاطات والعقابيل الوظيفية النفسية ـ العصبية البعيدة فتتظاهر بما يسمى التناذر الرضي الدماغي الذاتي حيث غالبا مالا تكشف الفحوص والإستكشافات المتنوعة عن آفة عضوية . ويتضّمن هذا التناذر :

- صراع وأحاسيس دوار أو نوبات غثيان وإقياء ، وقمه .
- إضطرابات حواسية سمعية أو بصرية .
- وهن عام
- إضطرابات النوم
- إضطرابات الذاكرة والتركيز .
- تبدلات بالطبع ، كالعاطفية والإنفعال والإستثارة

4 ـ الإضطرابات النفسية لورم دموي متأخر تحت الجافية

تكون العلامات في المرحلة البدئية متمثّلة بالصراع المعنّدونوبات الدوار والإستثارة واضطرابات المزاج لدى فرد تعرّض لرضّ قحفي منذ فترة مديدة .

أمّا في مرحلة أكثر تأخّرا ، فتشاهد حالة تخليط يعقبها تغيّم وعي نومي وتترافق إضطرابات الوعي هذه أحيانا بنوبات تشنّجية وأعراض عصبية .

وهذا وتشاهد حالات تعقب مختلف أنواع الرضوض قد تشكّل تعقيدا للعقابيل الأصلية تتّسم بظهور أفكار هذيانية من نوع الإساءة والمطالبة والتأويل المتمركز حول الإصابة الرضية .

III التظاهرات والإضطرابات النفسية في التناذرات الألمية

يرتبط تعامل الفرد مع الألم وإرتكاسه تجاهه بعدة عوامل ، منها بنيته النفسية ومحيطه وانتماؤه الثقافي الإجتماعي إضافة لما يفترضه بعض الباحثين من وجود عوامل وراثية تحدّد درجة تحمّل الألم .

لذلك فإن الإرتكاسات تجاه الألم تتباين من فرد لآخر ، من حساسية مفرطة إلىٰ درجة عالية من التحمّل . ولا شكّ أن نوع الألم ذاته يلعب الدور الهام في تحديد نوعية الإستجابة وتطوّرها وتبدّلاتها ، فتكون الإرتكاسات مختلفة من ألم خفيف إلىٰ ألم شديد ومن ألم حاد إلىٰ ألم مديد . وتتنوّع هذه الإستجابات بين حالات القلق والحصر وإضطرابات المزاج من غضب وإنفعال وإستثارة وحالات نكوص إلىٰ سلوك طفلي يتّسم بالإرتباط العاطفي وطلب الحب والتطمين وتشاهد نزعات همودية كما تشكّل سلوكية هستريائية حادة أحيانا إرتكاسا للألم . ويلاحظ أن شدة الألم تخفّ في بعض الحالات بتأثير الإيحاء النفسي . . .

كما أن الألم يكون أحيانا تظاهرا أو عديلا لإضطراب نفسي مثل التناذرات الألمية العصبية النفسية (الصداع ، الآلام القطنية ، الآلام الصدرية أو البطنية . . .) التي تتظاهر في الوهن العصبي والوهن النفسي . وتكون أحيانا عديلا للتناذر الهمودي . ويأخذ الألم أحيانا أخرىٰ قيمة تكافؤ ضدي في إضطرابات مرضية نفسية شديدة كحالات التشويه الذاتي دون إعتبار للألم كما في الهمود الشديد المترافق بهذيانات الذنب والنفي (بهدف إنتحاري) وفي الفصام وبعض الحالات السيكوباتية ، كذلك يصبح الألم في الإنحراف المازوشي مصدرا للمتعة .

IV التظاهرات والإضطرابات النفسية عند المداخلات الجراحية

. تحصل الهوية الجسدية أهمية كبرى في التشكّل والبنيان النفسي للفرد وتعكس صراعاته واضطراباته النفسية ، لذلك فإن المداخلة الجراحية تشكّل إثارة لغريـزة البقاء لدى الفرد بما تمّثله من خطر على حياته يقيّمه تبعا لبنيته النفسية كما تشكّل مسّا لهويّته الجسدية ، لذلك فهي كثيرا ، ما تثير في مختلف مراحلها إرتكاسات نفسية متفاوتة . فقبل المداخلـة قد تحـدث إرتكـاسات حصر وفـزع كما تحـدث حالات همودية . أما بعد المداخلة مهما كان نوعهـا فتصادف حالات تخليطيـة أو هذيانيـة حادّة . . . ومن التظاهرات النوعية لبعض المداخلات :

- إثر المداخلات الجراحية العينية تصادف حالات هذيانية وتناذرات هلسية .
- إثر بتر أحد الأعضاء : تناذر العضو الوهمي (أوهام وأهلاس حسية تتعلّق بالعضو المفقود) .
- بعد إستئصال الرحم : تناذرات همودية .
- بعد المداخلات الجراحية الكلوية : تناذرات هذيانية وهمودية الخ . . .

الإضطرابات النفسية المؤدّية إلى طلب المداخلة الجراحية :

يجب على الطبيب الجرّاح معرفة أهمّ هذه الحـالات لكثـرة مصادفتهـا تجنّبـا لمداخلات عبثية لا تزيد الحالة غالبا إلا وخاومة ، ومن هذه الحالات :

- الشخصيات الهستريائية التي يتعدّد لديهـا طلـب المعالجـات والمداخـلات الجراحية .
- التناذرات المراقية (الشكاوي المرضية الوهمية المتعدّدة) .
- رهابات تشوّه الجسد (لدى الفصاميين) وهذيانات تبدّل الجسد .
- تناذر تقليد المرض وهوس الجراحة (تناذر منشوسن) وهي حالات هلع فاعل يقوم فيها المريض بتشويه مصطنع لجسده تكون البنية المرضية النفسية متنوّعة يثبت

فيها نقص النضج العاطفي والمازوشية وتشاهد سمات هسترياثية وإنحرافية وأحيانا سيكوباتية أو هذيانية .

ـ إضطراب الهوية الجنسية الهذياني .

وتمثل نسبة من هؤلاء بعض الذين يلاحقون الجراحين إثر المداخلات بفعل أفكار زورية .

11 التظاهرات والإضطرابات النفسية الطارئة خلال الحمل والنفاس

يشكل الحمل والولادة تجربة عميقة وحيوية لدى المرأة لها أبعادها النفسية و العضوية والإجتماعية والثقافية . لذلك فإن هذه التجربة تخضع لخصوصيات هذه الأبعاد ، بحيث يجب النظر إلى الأزمة النفسية المرافقة للحمل والإضطرابات المرضية الناشئة عنه من خلال خصوصية كلّ إمرأة ومحيطها على مستوى بنيتها النفسية وحياتها العاطفية ووسطها الأسروي والثقافي ـ الاجتماعي والإقتصادي ومدى رغبتها بالحمل وخصوصياته (حمل أوّل أو تالي ، ما يرافقه من عوامل وآضطرابات عضوية . . .) ويلعب النضج العاطفي والجنسي دورا هاما ،

أ ـ أهم الإضطرابات خلال الحمل :

1 ـ أعراض عصابية وأضطرابات خفيفة بالطبع تتمثّل بحالة حصر ذات تظاهر جسمي كالدوار والخفقان والكوابيس والرغبات الشاذّة . وتدخل الخصائص الثقافية في مواصفات بعض الأعراض . كما تكثر الأفكار والوساوس القلقة كالخوف من الموت خلال الولادة (وقد تتحوّل إلى رهابات) والخوف من شذوذ بالوليد أو من الأمومة .

2 ـ تظاهرات هسترياثية : كثيرة المشاهدة تتمثّل في شكاوى جسمية وسلوكيات نكوصية طفلية نرجسية تتمثّل بالمطالبات العاطفية وسرعة الإنفعال الخ . . . وأحيانا حالات إنكار للحمل أو نوبات هسترياثية .

2 ـ تظاهرات هستريائية : كثيرة المشاهدة تتمثّل في شكاوي جسمية وسلوكيات نكوصية طفلية نرجسية تتمثّل بالمطالبات العاطفية وسرعة الإنفعال الخ . . وأحيانا حالات إنكار للحمل أو نوبات هستريائية .

3 ـ تظاهرات نفسية جسمية : (نوبات إقياء ، غثيان ، شره ، فرط لعاب وقد تتطوّر هذه الإضطرابات إلى إقياء معنّد ترافقه أعراض عصبية يتطلب المعالجة السريعة وقد يتحوّل إلى إرجاج نفاسي .

4 ـ إضطرابات نفاسية تحدث غالبا إثر الولادة ومنها النفاس النفاسي والهمود الإكتئابي (خصوصا خلال الحمل) ، تناذر اليوم الثالث ، إثر الولادة متمثّلا في همود خفيف ونوبات بكاء وشعور بالذنب وعدوانية ويكون أحيانا شديدا ويتطوّر إلى نفاس نفاسي . وفي حالات الاستعداد النفاسي ، قد تمتد الإضطرابات خلال الحمل أو بعد الولادة وقد تصل إلى هذيانات تدفع الأم إلى قتل وليدها .

ب ـ التظاهرات والإضطرابات النفسية (الخفيفة) حسب مراحل الحمل :

1 ـ الثلث الأوّل : إضطرابات إنفعالية وعاطفية (تكافوء ضدي ، طلبات عاطفية) ، تبدلات الطبع ، تبدّلات الذوق والعادات الغذائية ، إقياء . . .

2 ـ الثلث الثاني : تخف هنا حدّة الإضطرابات السابقة عادة .

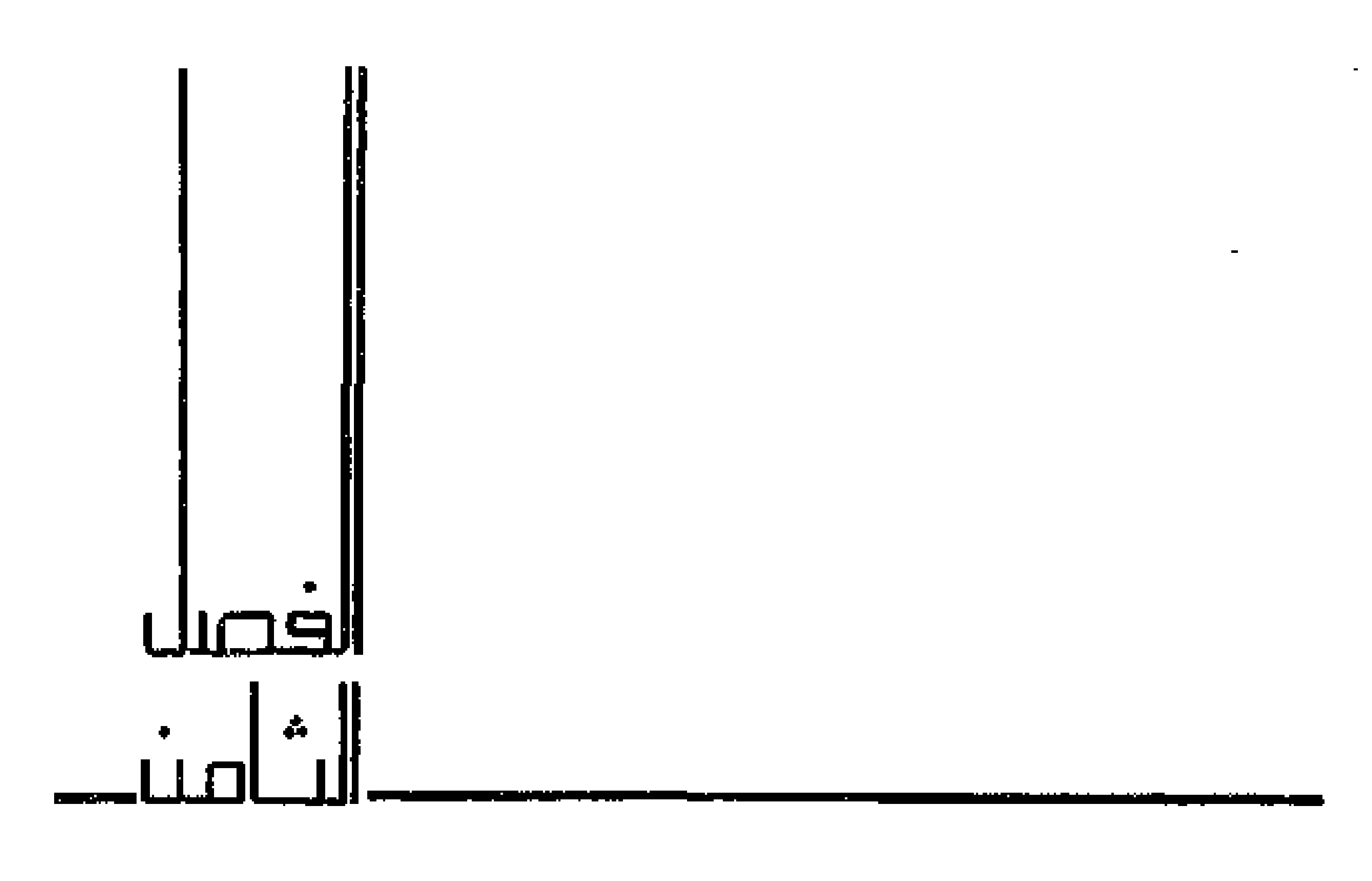
3 ـ الثلث الثالث : التمركز على الذات ، الإهتمام بالصورة الجسدية ، ظهور حالات القلق المتعلّقة بالمخاض والولادة .

ومن المعروف أن بعض الإضطرابات النفسية تستوجب إجراء الإجهاض الطبي منها :

ـ الحالات الهذيانية المزمنة واضطرابات المزاج النفاسية .
ـ الإدمانات الإنسمامية .
ـ المعالجة بالليتيوم خلال الأسابيع الأولى من الحمل .

ومن الجدير الإشارة إلى أن إضطرابات نفسية كالحمل العصبي (الوهمي)

ورهاب الحمل تظهر على قاعدة عصابية (كالهستريا) أو إجتماعية وتتعلّق بالرغبة في الحمل أو الخوف منه .



التخليط الذهني

التخليط الذهني تناذر غير نوعي لا تقتصر مشاهدته على الأمراض النفسية والعقلية بل غالبا ما يكون دلالة على إصابة دماغية او مرضية عامة عضوية شديدة تتطلّب معالجة إسعافية سريعة .

يشاهد التخليط الذهني خصوصا في الإضطرابات الاستقلابية والحالات الإنسامية والآفات الدماغية ـ السحائية ويكثر نسبيا لدى المسنينّ .

وهو حالة حادة وعكوسة لا يتعلّق انذارها بالأعراض النفسية ، بل بالعوامل السببية . وتتميّز بأضطراب الوعي والنشاط النفسي ـ الذهني والتوجّه الزماني المكاني وتدني اليقظة والإستقبال الحسّي وأضطرابات الذاكرة ، وكما يشاهد غالبا هذيان حلمي .

الأعراض المنذرة ببدء التخليط الذهني

يبدأ التخليط الذهني غالبا ، وخلال أيام ، بأرق وصداع وقمه (فقدان للشهية) وآضطرابات للمزاج والطبع . وتبلّد فكري وشعور بالغرابة وذهول قلق وآضطرابات سلوكية وهياج .

تتسّم هذه الاضطرابات البدئية ، غالبا بتبدّلها وتفاوتها من حين لآخر بينما يحدث أن يكون البدء مفاجئا وشديدا بظهور حالة حلمية مفزعة وبضياع عميق .

1 ـ الأعراض والعلامات السلوكية والنفسية

يبدو المريض في حالة حيرة قلقة ذو سيماء مذولة لا يركز انتباهه على ما يحيط به ، غائبا عن واقعه بطي الحركة والكلام وقد يلتزم الصمت أو يغمغم عبارات غير مفهومة ، حركاته غير هادفة ورعناء ، يكون أحيانا خاملا لا يستجيب للمثيرات محافظا على وضعيات جمودية بينما يهتاج أحيانا أخرى تبعا لأهلاسه وهذياناته الحلمية .

١ ـ التخليط :

تتفاوت درجة التخليط في شدّتها من تلبد الذهن والذهول حتى الخبل والسبات ويضطرب كامل النشاط النفسي والذهني والحسي ـ الحركي فينغيم العالم الخارجي بالنسبة للمريض الذي يصبح عاجزا عن التعرّف على محيطه وللتوجه فيه والتعرّف على أقربائه والقيام بالأعمال العادية .

أ ـ اضطراب الوعي

تتفاوت درجته خلال اليوم ويزداد عادة مساء وفي العتمة . ويمرّ المريض أحيانا بفترات حفاء تكتنفها الحيرة حيث يسأل عمّا يحدث له وعن المكان الذي يوجد فيه . وهذه علامة مميّزة للتناذر التخليطي .

ب ـ اللاّتوجّه الزماني ـ المكاني

من أكثر الأعراض تميزا للتخليط ، فيخطيء المريض زمنيا في تحديد التاريخ والموسم ومدّة مرضه كما لا يتمكن من تحديد مكان وجوده ولا الإهتداء إلى غرفته

ج ـ إضطراب الذاكرة

لا يثبّت المريض المعلومات والأحداث خلال مرضه (فقدان الحافظة) لذلك يحدث إثر الشفاء وهل فجوي يغطي فترة التخليط . ويعجز المريض عن تقديم معلومات حول ما حدث خلال ذلك . كما تكثر مشاهدة التعرّف الخاطيء فتلتبس هوية الأشخاص أمام المريض .

2 الحالة الحلمية ـ الأهلاس والهذيانات المرافقة

هي حالة مرضية يعيش فيه المريض حلمه كواقع يلتصق به ويمارسه وهي تشتمل أهلاسا بصرية أساسا ترافقها أهلاس سمعية ولمسية وأوهام حسية عديدة . يبني المريض إنطلاقا من هذه التظاهرات مشهدا يعيشه ويشارك فيه .

تشاهد أهلاس سمعية كأصوات مهدّدة وضجيج وأهلاس حسية كحسّ الحرق والبرود ولمسية كالإحساس بأجسام تزحف على الجلد ، إلا أن الأهلاس البصرية هي المسيطرة مشاركة في الهذيانات التي تتميّز بما يلي :

١ ـ تتضمّن مشاهد سريعة الحركة مرتبطة بأحداث قديمة أو حديثة .

٢ ـ يتمحور الهذيان حول مواضيع محدّدة وثابتة ترتبط بالمهنة ، او العنف او الحيوانات الخ .

٣ ـ يحمل هذا النشاط الهذياني الحلمي شحنة إنفعالية قوية .

٤ ـ يلتصق المريض بهذيانه ويشارك فيه (الهذيان الفاعل) بحيث قد يقوم بأعمال هجوم وعنف أو هروب . معرّضا نفسه أحيانا للموت دون قصد إنتحاري .

٥ ـ يفقد المريض فيما بعد ذاكرة هذا الهذيان إلا أن آثار الشحنة الإنفعالية تظل قائمة لفترة .

تكون الحالة الحلمية متقطّعة أحيانا وتشتدّ عند المساء .

2 الأعراض والعلامات الجسمية والحيوية

تشاهد عدة أعراض وعلامات كالأرق والصداع وإرتفاع الحرارة الا أن أهمّها هو التجفّف الذي يعود إليه قسم من مسبّبات التخليط الذهني ، ويجب اجراء تحرّيات كاملة وفحوص عصبية . بحثا عن علامات سحائية أو إختلاجات وتحرّي المقوية العضلية والمنعكسات والحدقة وحركات العينين وقعر العين والحالة الإنباتية (التنفس ، جهاز الدوران) ، وظائف الكبد .

ـ التجفف :

قد يكون سببا للتخليط أو ينجم عن إهتياج المريض ، وهو يتظاهر بعلامات مثل جفاف الجلد وتجعدّه (علامة القرص) وغؤور العينين وجفاف اللسان واللثة . يعكس إرتفاع الحرارة أيضا التجفّف فتصل إلى ٣٨ درجة وفي الحالات الوخيمة ترتفع إلى ٣٩ ـ ٤٠

كما ترتفع البولة لإرتفاع الهدم الحيوي ويزداد تركيزها في الدم .

ونظرا لتعدّد السّببية في التخليط الذهني وضرورة معالجتها ، يجب القيام بعدّة فحوص مخبرية ، مثل : مخطط الشوارد ، السكر الدموي ، الأوريميا ، وعند الحاجة : تحرّي التسمّم ، غازات الدم ، البذل القطني ، تخطيط الدماغ الكهربي .

IIتطور التخليط الذهني

يعتبر إنذار التخليط الذهني جيدا عموما عندما يتلقى المعالجة المناسبة ، أمّا عندما يحدث الخطأ ، فإن المريض يتعرض للوفاة بسبب الوهط الدوراني .

لذلك فإن الشفاء يشكّل عادة التطوّر المألوف للتخليط سواء بشكل سريع أم تدريجيا .

العقابيل

تسمح العقابيل بالقيام بتشخيص راجع

أ ـ الوهل الفجوي : الفجـوة التخليطية حيث ينسى المريض كلّ ما حدث خلال مرضه .

ب ـ الأفكار الثابتة ما بعد الحالة الحلمية :

حيث يندثر المذيان المرضي إلا أن أحد عناصره يظل حاضرا في ذهن المريض لفترة تتراوح عادة بين ٣ ـ ٤ أسابيع ثم يختفي إلا إذا حـدث إنتكاس تخليطي .

ج ـ العقابيل الإنفعالية حيث تـظلّ شحنـة إنفعـالية مرافقـة للمـريض لمدّة معينة .

د ـ نادرا جدا ما يشاهد إنتقال إلى الإزمان .

الأشكال السريرية للتخليط الذهني

١ الأشكال حسب الأعراض:

١ـ الشكل التخليطي ـ الحلمي المشترك وهو الشكل الكلاسيكي

٢ـ الشكل التخليطي البحت حيث لا تتظاهر أعراض الحالة الحلمية لدى المريض

٣ـ الخبل التخليطي (الشكل الخيلي)

ترتفع عتبة الإستثارة والإرتكاس لدى المريض، فلا يلتقط إلا قدراً ضئيلاً من المعلومات والإشارات ويصبح إدراكه للعالم الخارجي غائماً عاجزاً عن ربط الإتصال به ، ويتباطأ نشاطه النفسي والذهني فيضعف نشاطه الحركي بشدّة ويفقد وسائل التعبير. وتوجد هنا صعوبة في التشخيص.

يمرّ الخبل بثلاث درجات

أ ـ اللدهول: يرى المريض ما يحيط به ويتجاوب معه إلّا أنه يبدو تائهاً، ينقطع سياق تفكيره ويخطيء في إجاباته، ينظر حوله بشكل مدهوش. وينسى أحياناً هدف أعماله أو حركاته وقد يكون أحياناً في حالة استثارة وهياج خفيفين

يمكن أن تشير هذه الحالة إلى سياق إنسمامي يصبح أشد خطراً في تطوره إن لم يتم تلافيه في الوقت المناسب.

ب ـ الحالة النومية (ما تحت السبات)

تعقب الذهول أو تحدث بشكل مفاجيء يكون المريض متهاوياً يصعب الاتصال به، لا يرتكس لما يحيط به، وقد يبدي حركات عفوية إلا أن المنعكسات الرئيسية تظلّ قائمة.

ج ـ السبات

يفقد المريض الوعي ولا يرتكس للعالم الخارجي. تغيب منعكساته وتطرأ تبدّلات على نشاطه الإنباتي (التنفّس، الدوران، المقوية الوعائية والمفرزات) حسب العوامل المسببة (رضية، خلطية، إنسامية، إنتانية الخ..)

٤ الشكل الحلمي:

تتظاهر الحالة الحلمية هنا مساءً وخلال الليل بينما يكون النهار أكثر هدوءاً ويتطور التخليط بشكل غير منتظم. تسيطر هنا الأهلاس المشبّهة، حيث يبدو المريض وكأنه يعيش في عالم خيالي مخالف للواقع. ويضطرب لديه الإدراك الزمني والتوجّه المكاني فتمرّ به أحداث وهمية متعاقبة وسريعة خلال فترة قصيرة من الزمن وهو يعيش هذه الأحداث ويشارك فيها. ويغلب أن يتذكّر المرضى هذه المحتويات الحلمية إثر شفائهم.

تشاهد الحالة الحلمية لدى الأفراد المسنّين الذين يعانون من آفات دماغية (كالآفات الوعائية). وفي التهابات الدماغ والإنسمامات كما تشاهد لدى الفصاميين في حالات الجمود الحلمي. وأيضاً إثر المداخلات الجراحية الكبرى لدى المسنين.

٢ الأشكال حسب التطوّر

١ الهذيان الحاد:

يتميّز الهذيان التخليطي بأهلاس شديدة بصرية خصوصاً. يفقد المريض التوجّه الزماني والمكاني، ويندمج في هذيانات عديدة الأشكال. فتظهر عليه سيماء

الفزع والخوف والغضب، فيهجم أو يهرب أو يختبىء. ويكون مضطرب الحركة لا يهتدي في محيطه، فيصطدم بالأثاث والأشخاص. وقد يقفز من النافذة أو السلّم من طوابق عليا، دون أن يدرك خطر ذلك وقد يقوم بأعمال عدوانية. ولا يذكر المريض عند شفائه المحتويات الهذيانية التي عاشها.

من الأشكال الرئيسية للهذيان التخليطي:

أ ـ الهذيان المهني: حيث يخطىء المريض في تحديد محيطة الزمني والمكاني، فيعتقد أنه بصدد مزاولة مهنته ويقوم على أساس ذلك بالسلوك والحركات المهنية المعهودة لديه...

ب ـ الهذيان الهادىء: يحرك المريض شفتيه ويتمتم كلمات سريعة غير مفهومة ولا يغادر سريرة بل يقتصر هياجه على حركات عشوائية سريعة غير هادفة والعبث بالفراش والأغطية والثياب وحركات عشوائية للأصابع. تشاهد هذه الحالة خصوصاً في فقر الدم الشديد والإنسمام السرطاني...

يمثّل الهذيان الحاد حالة تخليطية وخيمة تترافق بحالة حلمية شديدة لاتدوم أعراض البدء هنا (كتبدّلات المزاج والأرق والصداع والقلق) إلا ساعات قليلة وسريعاً ما يحلّ الهياج الحلمي واضطراب التوجّه وترتفع الحرارة وتظهر الأعراض العامة للتجفّف الذي يكون شديداً وخصوصاً منها الإرتعاش الذي يدلّ على وخامة الحالة. ويكون ارتعاشاً دقيقاً معمّماً يشاهد على الفم والشفتين والصدر والأطراف ويزداد شدّة بلمس المريض يصادف خصوصاً لدى الكحوليين ويسمّى الإرتعاش الهدياني الذي لا علاقة له بالرجفان المعهود لدى المدمنين الكحوليين، ويسمّى خطأً بالهذيان الحادّ الإوريميائي، إلا أن إرتفاع الإوريميا في هذه الحالة هو نتيجة للحالة التخليطية الحادة وليس سبباً لها. فالإرتعاش الهذياني علامة على تجفّف شديد ويشاهد لدى الكحوليين الذين يتناولون عدة ألتار يومياً من المشروبات الكحولية.

٢ ـ الشكل الدوري:

هو شكل نادر يشاهد لدى المريض مرّتين أو ثلاثاً خلال حياته، دون أي

سبب ظاهر. ويكون التخليط الذهني من النمط الخفيف وغالباً ما تكون لدى المريض سوابق هوسية همودية يغلب عليها القطب الهمودي. ويفسّر بعض المحللين النفسيين هذه الظاهرة بأنّها حالة تفكّك باللاّشعور...

٣ ـ أشكال خاصة من التخليط الذهني

١ـ الحالات الغروبية:

تبدأ بشكل مفاجىء تتظاهر باضطراب كامل للوعي وأهلاس وهذيانات عنيفة تدفع المريض إلى الإعتداءات والقتل ويكون الإتصال بالعالم الخارجي والتوجّه فيه مفقوداً تماماً. تدوم هذه الحالة لدقائق أو ساعات ثم تزول فجائياً مثلما بدأت ويعقبها نوم مرضي ينسى المريض إثره كلّ ما حدث.

يصادف هذا الإضطراب في الآفات الدماغية العضوية (أورام، تلف نسجي...) وفي الثمل المرضي والصرع (حيث يعتبر أحد عداثله)

يعتبر التنقّل اللاّ إرادي (حيث يسافر المريض دون سابق إنذار أو وعي وينسى فيها بعد تفاصيل تنقلاته) والتشرّد الغروبي الذي يحدث لدى الصرعين وفي الآفات التشريحية الدماغية والسرنمة (التنقّل أثناء النوم) أشكالاً خاصّة من الحالة الغروبية.

٢ـ التفكّك الذهني:

يشاهد أحياناً في الفصام وفي حالات الإنسمام الوخيمة، حيث يفقد الترابط بين مختلف الأنشطة والملكات الذهنية والنفسية فيتفكّك إدراك العالم الخارجي، ويتجزأ ويتشوّه ويضطرب التفكير والتعبير ولا يتوافقان. بينما تتبدّل الإنفعالات بسرعة ولا تتوافق مع الموقف ويحدث هياج حركي عشوائي ومحدود. أما الأهلاس والهذيانات فهي أيضاً مفكّكة المحتوى ومتقطّعة.

تدوم هذه الحالة من عدّة أيام إلى عدّة أسابيع. ويعقبها فقدان ذاكرة فجوي، إلا أن المريض يحتفظ أحياناً ببعض الإنطباعات عن حالته.

٤ـ التشخيص التفريقي للتخليط الذهني:

يلاحظ أن المرضى الذين لا يقدّمون سببية عضوية مباشرة للتخليط الذهني، تميل أهلاسهم إلى التّشارك بمركّبة سمعية أكثر منها بصرية ويكون اهتداؤهم أقلّ اضطراباً والوظائف العقلية سليمة لديهم كما أن تخطيط الدماغ الكهربائي يكون سوياً. أما الشفاء فيكون عادة تدريجياً.

ويجب، أمام حالة، لا تظهر فيها بداهة السببية العضوية، التفكير بإحدى الحالات التالية:

أ ـ بحالة جمودية داخلية المنشأ، عند تتصدّر الأعراض حالة من الهياج القلق أو الخبل، خصوصاً لدى شخص متقدّم بالسنّ.

ب ـ بفصام جمودي أو بالخرس اللّا حركي العصبي أمام حالة خبلية.

ج ـ بهجمة هذيانية، عند تغلّب الحالة الحلمية الهلسية

ج ـ بحالة عتهية أيا كان نمط الحالة التخليطية عندما يكون المريض مسناً.

٥ ـ سببيات التناذرات التخليطية:

الأسباب العامة

وهي الأكثر شيوعاً،

١ـ الإنتانات:

حيث توجد أمراض إنتانية يشكل التخليط عرضها القاعدي كالتيفوس والحمى التيفية.

كذلك في كلّ الأمراض الذي تحدث ارتفاعاً في الحرارة يتجاوز ٣٩ درجة حيث يوجد لدى كلّ فرد عتبة تحمّل للحرارة خاصّة به يحدث إثرها التخليط.

من الأمراض الإنتانية التي يشاهد فيها التخليط:

ـ الإنتانات الفيروسية (النكاف، الأمراض الإندفاعية...

ـ الآفات الحموية: أنتانات الدم (تجرثم الدم). إلتهابات الشغاف...

ـ إنتانات طفيلية كداء النوم، والملاريا...

٢ـ الأسباب الإنسمامية:

ـ الإدمان الكحولي المزمن (بآلية غير مباشرة: التجفّف)

ـ التسمّم بالمخدّرات (الحشيش، المهلسات، الأفيون، الهيروين، الكوكائين، الأثير الكلورال...

ـ الإنسمامات الغذائية: الإنسمام بالفطر.

ـ الإنسمامات المهنية الطارئة: الرصاص، الزئبق أوكسيد الكربون، كلورور بروم الميتيل، المبيدات الحشرية، الأمونيت...

ـ الإنسمامات الدوائية:

تحدث مضادات داء باركنسون خصوصاً أرتان Artane، الأتروبين حالة تخليطية عندما تكون مترافقة بأدوية نفسية أخرى (مثبطات عصبية مهدئة (نوزينان Nozinan) + منومات (تيرالين Theralene) يلاحظ بعض المؤلفين أن هذه الحالة تحدث لدى شخصيات هستريائية ويجب إيقاف كلّ الأدوية للحصول على الشفاء إضافة للإسعافات اللآزمة.

- مضادّات الهمود (إيميبرامين Imipramine) خصوصاً لدى المسنّين
- الصادات الحيوية: كوليميسين، بكتريم Bactrim، نيغرام: Negram.
- البزموت، الكورتيكوئيد، مضادات السلّ، الساليسيلات، خافضات السكّر الدموي، أملاح الذهب، مضادات الملاريا مضادات المتحولات الزحارية...

٣ـ الأفات الجسمية:

أ ـ اليرقان الوخيم

ب ـ السبات الكبدي الوخيم: الإعتلال الدماغي الكبدي في التشمّع حيث يشاهد إرتجاج باليدين (علامة تصفيق اليدين)

ج ـ القصور الكلوي المزمن، أوريميا المسن في تضخّم البروستات

د ـ القصورات التنفسية المزمنة:

انتفاخ الرئة حيث يتميّز التخليط بحالة حلمية ويلاحظ ازرقاق بالنهايات. تكون الحالة مديدة ولا يجب أن تلتبس بحالة هذيان مزمن حيث يرتبط الهذيان بموقف واقعي.

هـ ـ الآفات العذية والاستقلابية
ـ القصور الكضري الحاد
ـ قصور النخامى الحاد (تناذر شيهان ما بعد الوضع، ويكون التخليط عابراً في أغلب الحالات.
ـ داء كوشنغ (فرط الكورتيزون)
ـ قصور وفرط الدرق.
ـ فرط الكلس الدموي.
ـ هبوط السكر الدموي.
ـ فرط نظائر الدرق.
ـ إعتلالات الدماغ بعوز الفيتامين.
ـ البورميزيا الحادة المتقطعة.

٤ ـ التخليط لأسباب عصبية مركزية.
أ ـ التهابات السحايا.
ب ـ التهابات الدماغ حيث يكون التخليط عرضاً هامشياً.
ج ـ إعتلالات الدماغ العوزية (فيتامين ب ١).
د ـ الرضوض الدماغية المترافقة بفقدان الوعي، حيث يحدث سبات ثم تخليط وذهول ثم صحو تام. ويحدث فقد ذاكرة فجوي يعود إلى ما قبل الحادث يتراوح بين عدة دقائق وعدة أيام.
هـ ـ الأورام الدماغية.
و ـ النزوف السحائية.
ز ـ الصرع ويعقب التخليط النوبة الصرعية أو يسبقها.
ن ـ نقص الأكسيجين والتروية الدماغية لوهط قلبي أو فقر دم شديد.

٥ـ التخليط المرافق لإضطرابات نفسية وإنفعالية.
ـ التخليط الإنفعالي يحدث إثر صدمة أو رض إنفعالي شديد حيث تسمح إضطراب الوعي بالهروب من موقف يفوق التحمّل (مثل ظروف الحرب لدى الجنود) ويُشاهد غالباً طور كمون إثر الرضّ النفسي تعقبه هجمة تخليطية حلمية.

كما تحدث حالات تخليطية خفيفة لدى الإنفعاليين بمواجهة حصر نفسي شديد.

ـ النفاسات:

أ ـ حالات العته: وتحدث فيها هجمات تخليطية

ب ـ الفصام: يحدث تفكّك الشخصية عادة دون إضطراب الوعي لذا، نادراً ما يأخذ البدء الفصامي شكلاً تخليطياً.

ج ـ النفاس الهوسي الهمودي: لا يشاهد التخليط، عموماً، في الحالات الهمودية، أما في الأطوار الهوسية فغالباً ما يحدث التخليط الذهني في نوبة هوسية مترافقة بتناول الكحول.

د ـ تكثر الحالات التخليطية لدى المتخلفين عقلياً وهي تشفى بسهولة.

المنشأ المرضي:

نادراً ما يمكن تحديد الأليات التي تؤدّي إلى التخليط الذهني وكان يعزى سابقاً إلى الأوريميا إلا أنه ثبت أن إرتفاع البولة الدموية هو نتيجة وليس سبباً للتخليط.

ولاحظ الباحثون تقارباً بين خصائص الحلم العادي والتخليط حيث يلتقيان في عدّة سمات ومن بينها نسيان محتوى الحلم، الذي يتمّ بشكل تدريجي.

٦ـ معالجة التخليط الذهني:

يعتبر التخليط الذهني حالة إسعافية تستوجب العلاج الإستشفائي ويتمّ الاسعاف حسب الخطوات التالية:

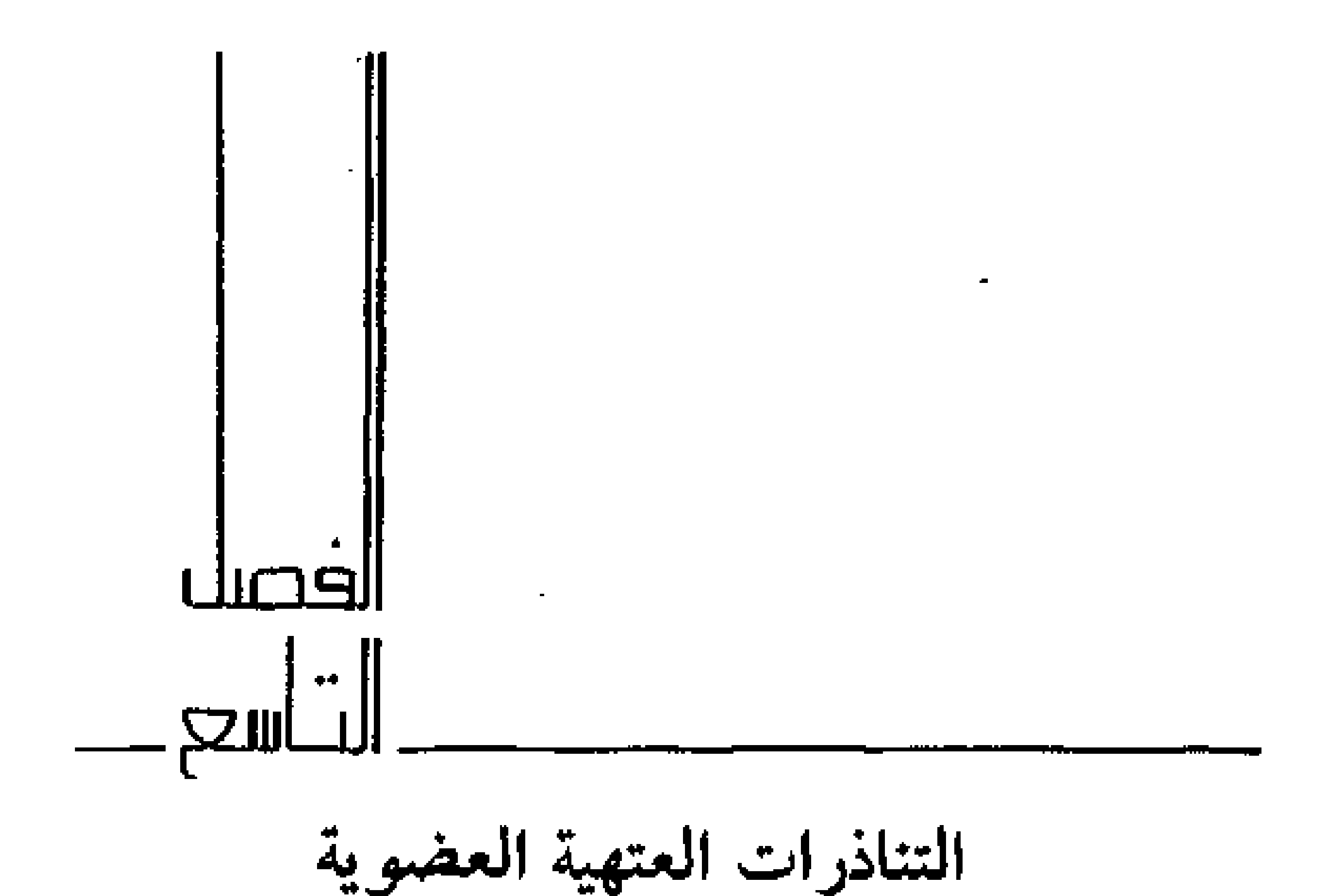
١ـ مكافحة التجفّف بتقديم السوائل بشكل كثيف عن طريق الفم إن أمكن وإلا عن الطريق الوريدي. كما يصحّح الاضطراب الشواردي حسب مخطط الشوارد.

٢ـ تهدئة الهياج والحالة الحلمية بحقن مثبطات عصبية ويفضّل في هذه الحالة الهالدول Haldol على غيره وإلا تُقدّم مهدئات كالميبروبات Meprobamate بمقادير كافية حيث تكون فعّالة وجيّدة التحمّل. ويفضل تقديم مضاد للقلق Tranxene ترانكسين ثم مثبّط عصبي.

ويتم أحياناً اللجوء إلى الصدمة الكهربائية في معالجة حالات تخليطية تتطوّر نحو هذيان حاد.

٣ـ لا يجب ضبط المريض أو تقييده ويجب توفير العناية العامة له ومراقبته بأستمرار والحفاظ على إنارة دائمة لتجنّب اشتداد الحالة الحلمية.

٤ـ يجب خلال الإجراءات الإسعافية السابقة تحرّي السّبب ومعالجته.



التناذرات العتهية العضوية

يتمثل العته العضوي في تراجع ذهني شامل غير عكوس ، يعود لآفات عضوية ، مترقّي التطوّر يصيب كلّ أبعاد النشاط النفسي كالذاكرة والمحاكمة والإنفعال . . . وتشاهد في كلّ الحالات العتهية اصابات نسجية دماغية ثنائية الجانب .

يجب الشكّ بحالة عتهية لدى شخص تجاوز الخمسين من العمر عند مصادفة إحدى التظاهرات التالية :

ـ فقدان التوجّه الزماني ـ المكاني وآضطرابات بالذاكرة .
ـ إضطرابات سلوكية .
ـ تبدلات أو تقلّبات ، بالطبع والمزاج والإنفعال .
ـ نوبات شبه حلمية .
ـ نوبات من الهياج الليلي .
ـ غرابة مستجدّة في الأطوار والسلوك .
ـ حدوث تناذر همودي .
ـ حدوث تناذر هذياني خصوصا عندما تتعلّق محتوياتها بأفكار ، إساءة وتعقّب . . .

I الأعراض العامة للتناذر العتهي

١ ـ إضطراب التوجّه الزماني المكاني .
٢ ـ إضطراب الإنتباه ويتظاهر بالشرّود والنسيان وصعوبة الفهم .
٣ ـ إضطرابات الذاكرة فيشاهد وهل التثبيت والوهل المتلاحق . وينسى المريض الأحداث قريبة العهد ، بينما يظلّ محتفظا بالذكريات القديمة لفترة طويلة من تطوّر المرض . ويشاهد أيضا إلتباس الذاكرة والهذر والتعرّف الخاطيء .
٤ ـ اضطراب المحاكمة العقلية لدى المريض الذي لا يعي حالته المرضية ولا يقيم القصص الخيالية والمتناقضة تقيما نقديا .
٥ ـ تدنّي قدرة الاستيعاب .
٦ ـ إضطراب الوظائف الذهنية العليا : يتعلّق نمط هذا الإضطراب بالمنشأ والسياق المرضيين ولابدّ لذلك من تحديده بشكل دقيق بفحوص قياسية :

أ ـ اضطرابات اللغة :

ـ قد تتعلّق بالفهم ويتمّ تحرّيه بالاشارة إلى مسمّيات وتكرار كلمات وتسمية أدوات متزايدة التعقيد .

ـ قد تتعلّق باللغة المنطوقة أو المكتوبة .

ب ـ إضطرابات بالحساب أو بالقراءة

ج ـ إضطراب الوظائف الحركية :

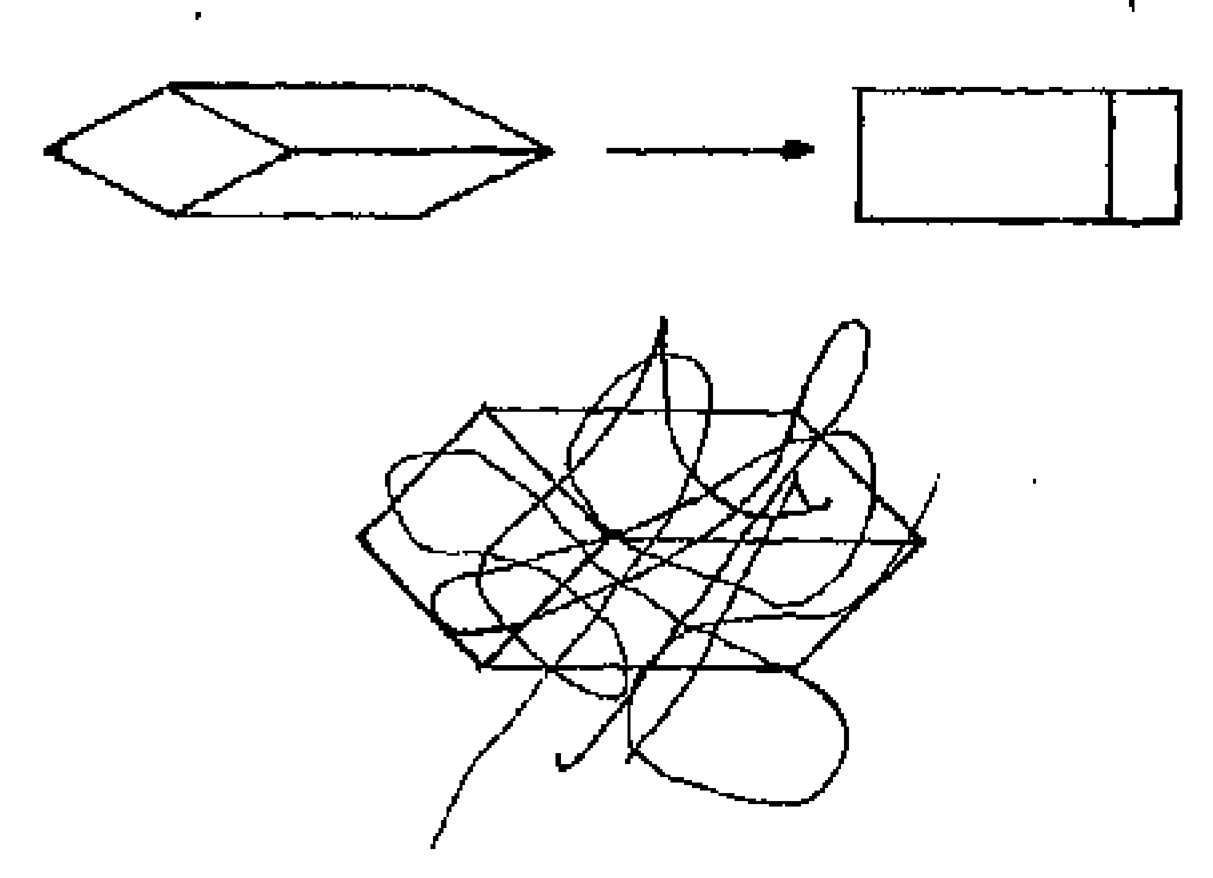
ـ عمه حركي ـ فكري : يطلب من المريض القيام بحركة ذات دلالة رمزية (كالتحية).

ـ عمة فكرى = يطلب من المريض القيام بسلسلة حركات ذات هدف محدّد .

ـ إضطرابات الإدراك =

● اللاّ تعرف البصري حيث غالبا ما يعجز المريض عن تسمية شيء مرسوم على ورقة . ولا يتمكن المريض في الإصابات البصرية المركزيـة من التعـرّف على مجموع الشكل بل إنه ينطلق من تفاصيله .

● اللاّتعرف الفراغي : حيث يطلب من المريض نقل رسم فراغي على ورقة أخرى دون إستعمال ذاكرته في ذلك ولا يتمكّن المريض في حالات العته والإصابات العصبية التشريحة من رسم الشكّل المجسّم أما في الحالات العتهية الوخيمة ، فإن المريض يرسم تخطيطات عشوائية على الشكّل .



د ـ التفكّك العتهي ويتمّ بتطوّر تدريجي ويشمل :

ـ نكوصاً إنفعاليا : الأنوية ، السلوك الطفلي ، التأثر والتبدّل الانفعاليين أو اللّامبالاة .

ـ اضطراب السلوكيات الغريزية : التغذية ، استمساك المصرّات ، تعاقب الهياج والهدوء ـ إضطراب النـوم ونظمـه (النـوم نهاراً واليقظة ليـلا ، ظهـور منعكسات بدائية كالمنعكسات الغمية ومنعكس القبض . الخ . . .

هـ ـ قدتظهر عناصر هذيانية تتمحور حول التعقّب والإساءة (كالسرقة حيث يفقد المريض أشياء وينساها ويعتقد أنها سرقت منه . . .)

و ـ قد تظهر أعراض همودية صريحة أو مقنّعة :

الفحوص المشخصّة والمتممة في التناذر العتهي

١ ـ القياسات النفسية : التي تتحرّى تدنّي الملكـات العقليـة المـرضي ، باختبارات عقلية ، وتتحرى علامات الإصابة العضوية بأختبارات إدراكية .

٢ ـ التحريات السريرية والشعاعية والمخبرية حسب التوجّه التشخيصي :

ـ فحص قعر العين
ـ تخطيط الدماغ الكهربائي .
ـ الفحص الشعاعي والطبقي المحوري للجمجمة . . .
ـ البذل القطني .
ـ تحري الشوارد وشحوم الدم .
ـ تخطيط القلب الكهربائي .

IIتصنيف التناذرات العتهية

ـ الشلل العام

وهو التهاب سحائي دماغي زهري (سيفيليسي) ، يتطوّر بعد فترة تتراوح

بين عشر وعشرين سنة من الإصابة السيفيلسية . يكون بلؤها تدريجيا ، يتظاهر غالبا بشذوذات سلوكية وأضطرابات مزاجية وأفكار هذيانية (هذيانات العظمة) وهياج وأحيانا حالة همودية .

يبدي الفحص السريري تناذرا عتهيا يترافق مع العلامات التالية :

- ديسارتريا : ضعف المفاصل .
- رجفانات .
- غياب المنعكسات الوترية .

- علامات أرجيل - روبرتسن (لاتفاعل الحدقة مع النور وتفاعلها مع المطابقة .

- ايجابية التحرّيات المخبرية والمناعية : الدموية بورديه وسرمان + + + نيلسون ١٠٠٪ .

- في السائل الدماغي الشوكي : فرط الالبومين وفرط الخلايا ، إيجابية الارتكاسات المناعية .

2 التناذرات العتهية الشيخية

كان الأطباء ، يعتقدون أن العته الشيخي يعود إلى التصلّب الشرياني إلى أن أثبت الباحث « لرميت » في ١٩٠٥ أن الفحص التشريحي لحالات عتهية شيخية لا يشير لوجود آفات تصلّبية شريانية . بينما تمّ إكتشاف آفات نسجية دماغية تتمثّل في الصفائح (أو اللويحات) الشيخية التي لوحظت في ٤٠٪ من حالات العته دون تصلّب شرياني . بينما تشاهد في ١٠ - ١٥٪ من مجموع حالات العته الشيخي يحدث العته الشيخي في مرحلة متأخّرة من العمر ، غالبا بعد سن الخامسة والستين . بينما يحدث العته ما قبل الشيخي بين الخمسين والخامسة والخمسين . ويكون العته الشيخي بشكل عته بسيط أو عته تنكسّي . وتشكّل ٤٠٪ من الحالات ما يسمّى . :

أ - البرسبيو هيبيفرينيا (الخبل الشيخي) حيث تبدأ تدريجيا بأضطرابات الذاكرة ، إلاّ أن المريض يحتفظ طويلا بالذكريات القديمة . وهي تلتبس مع تناذر

كورساكوف الكحولي ، ويتمّ التفريق بالتطوّر العتهي والأعراض الأساسية المشاهدة في العته الشيخي هي :

١ ـ اضطرابات المزاج .
٢ ـ اضطرابات نفاسية :

ـ افكار هذيانية .
ـ حالة حلمية موضّعة : يتصرّف المريض وكأن أحدا موجود بجانبه .
ـ هياج يزداد ليلا وحالات تشرّد وهيام .

لا تعرّف على وجوه الأرباء

٤ ـ عمه بنائي .

التطوّر : يكون مترقّيا ودون هجوع وكثيرا ما تتخلّله نوبات صرعية تشير إلى إصابة تشريحية بالدماغ ويشاهد شذوذ بتخطيط الدماغ الكهربائي .

تكون الإصابات التشريحية المرضية (التنكّس الفجوي والتليّفي العصبي) مشابهة لما يحدث في « عته ألزهايمر » إلاّ أن الأعراض تظهر مبكّرة في هذا الدّاء .

ب ـ حالات العته الوعائي المنشأ :

تحدث نتيجة لتصلّب الأوعية الدماغية وتمثّل ١٥٪ من الحالات العتهية وهي تناذر عتهي يصيب عادة بعد سن الخمسين ، يكون بدؤه مفاجئا وسريعا إلا أن المريض غالبا ما يكون لديه سوابق إضطرابات وعائية دماغية (نشبات) ، أما تطوّره فيكون بشكل هجمات نكوصية .

تشاهد علامات التصلّب الشرياني بفحص قعر العين ويتطلب ذلك إجراء تحرّيات مخبرية متكاملة دورانية وكلوية .

أما الفحص العصبي فيبدي إضطرابات متفاوتة كالعمه أو إصابة الساحة البصرية . كما تكثر الاصابات شبه البصلية .

قد تشاهد بعض التبدلات على تخطيط الدماغ الكهربائي وهي تشير أحيانا إلى مركز الإصابة .

ج ـ حالات العته الشيخي المشاركة (إصابة نسجية + اصابة وعائية) تمثل حوالي ٤٥٪ من التناذرات العتهية ، وهي تبدأ سريريا بشكل يشابه البرسبيوهيبفرينيا ، إلاّ أنها تتطوّر بشكل سريع .

د ـ التناذرات العتهية المختلطة :

تكون في البداية تناذرات عتهية شيخية بسيطة في شكلها السريري وفي تطوّرها ، إلاّ أن إصابات وعائية تضاف إليها مما يؤدّي إلى ظهور مفاجيء كعلامات عصبية كالعمه . . .

3 التناذرات العتهية ما قبل الشيخية

أ ـ داء ألزهايمر

تناذر عتهي تنكّسي يحدث بعد سن الخامسة والأربعين ويبدأ غالبا بأضطراب التوجّه المكاني أو الوظائف الرمزية ويجمع في تطوّره الأعراض والعلامات التالية :

- تراجع الملكات العقلية (الذكاء)
- إضطرابات الذاكرة .
- إضطرابات التوجّه .
- إضطرابات اللغة والوظائف الرمزية .
- إضطرابات السلوك .
- إضطرابات المزاج .
- حالات هذيانية .
- تظاهرات خارج ـ الهرمية .

وعند تكامل المرض يتميّز داء الزهايمر بأجتماع التناذرين التاليين :

- تناذر عتهي شديد .

ـ تناذر عمهي ـ حبسي ـ لا تعرّفي (إضطرابات لغوية ، عمه فكري ، لا تعرّف على الوجوه الخ . . .)

وتشاهد الإضطرابات النفاسية للعته (هذيان الإساءة)
يكون المريض ، أو لفترة مديدة واعيا بآضطرابه مما يدفعه إلى حالة همودية .

وقد تشاهد ، عبر تطوّر المرض ، نوبات صرعية . . .

الفحوص المتمّمة :

ـ يبدي تخطيط الدماغ الكهربائي اضطرابات متشرة .
ـ تشاهد بالتصوير الطبقي المحوري للدماغ توسع بطيني وضمور بالقشرة الدماغية بالمنطقة الأمامية .

ب ـ داء بيك

مرض أندر من داء الزهايمر (عشر حالات الزهايمر لكلّ حالة بيك) يكون بدؤه مضلّلا حيث يتظاهر بضعف عقلي وحالات هذيانية وإضطرابات مزاجية ، خصوصا الخمول العاطفي والشره المرضي وعندما تتكامل الصورة السريرية للمرض ، يتظاهر بما يلي :

ـ تناذر عتهي شديد .
ـ لا توجّه مكاني خصوصا .
ـ تناذر جبهي (إصابة الفص الجبهي) يتمثل في : « اللاّ مبالاة ، السلبية ، فقدان القيمة الأخلاقية ، الحياد العاطفي ، الشره . . . .

ـ النمطية النفسية ـ الحركية : تكرار نفس العبارات أو الكلمات أو نفس الحركات (مثلا يردّد المريض نفس بيت الشعر أو يستمع إلى نفس الأغنية باستمرار ، وينسى المريض الأسماء والكلمات ويردّد كلمات الأخرين . إلاَّ أنه يحتفظ نسبياً بالوظائف الرمزية العملية والمعرفية .

تتطوّر اللوحة المرضية خلال سنة ـ سنة ونصف ويسيطر التراجع العقلي ويتقلّص المحتوى الفكري للمريض ، فيلجأ للنمطية والتكرار دون معنى ، ولا يشاهد عمه أو لا تعرّف إنما تشاهد حبسة تسمية ، فيستعمل المريض عبارات عامة (كان يُسأل عن إسم الملعقة فيجيب «إنها تستعمل للأكل» لكنه لا يستطيع تسميتها) او يستعمل عبارة تصلح لكلّ الإستعمالات : (مثل هذا الشيء ، هذه الأداة . . .) كما أنّ الشره يظلّ شديداً . ولا يكون المريض واعيا بمرضه .

الفحوص المتمّمة :

ـ غالبا ما يظلّ التخطيط الدماغي الكهربائي سويّا حتى نهاية تطوّر المرض .

ـ يُبدي التصوير الطبقي المحوري ضمورا جبهيا خصوصا وتوسّعا في القرون الجبهية والقشرية والصدغية ، إذ تكون الإصابة أساسا جبهية وصدغية ثم جدارية في مرحلة متأخّرة من المرض .

ج ـ العته ما قبل الشيخي اللاّنموذجي (بيك ٢)

ويسمى أيضا النفاس الخبيث ما قبل الشيخي .
يحدث حوالي سن الخمسين ويتطوّر بمراحل .

تجمع أعراضه بين دائي بيك وألزهايمر ويتّسم خصوصا بآضطرابات التوجّه والهمود والأعراض الجبهية .

د ـ حالات العته الوعائي ما قبل الشيخي :

ـ ١ ـ إصابات وعائية موضّعة :

تؤدي الى تميّع النسيج الدماغي وحالات تلف ثنائية الجانب : التوضّعات

أ ـ الصدغي الباطن : اضطرابات بالذاكرة

ب ـ تميع السرير الباطن (النواة الباطنة) : تكون اللوحة المرضية النفسية

مماثلة للاصابة الجبهية (النمطية النفسية ـ الحركية ، إضطرابات المزاج الخ . . .)

٢) داء كروتزفيلد جاكوب :

في هذا المرض النادر (كان يشاهد خصوصا عند أكلة لحوم البشر بافريقيا) تشاهد مرحلة همودية تدوم شهرا أو شهرين ، ثم يحدث تطوّر سريع يترافق فيه التناذر العتهي بتناذر عصبي مع علامات خارج ـ هرمية وفرط ـ مقوية خارج ـ هرمية وحركات شاذة (قصية كنعية . وأضطرابات حسّية وحواسية بصرية (إضطراب أشكال وألوان المبصرات) ينتهي هذا المرض بالموت خلال أشهر عديدة .

التشخيص المخبري :

يُعزى هذا المرض إلى فيروس بطيء وقد أمكن نقله بين القرود بحقن الخلاصة الدماغية من حيوان إلى آخر إلا أنه لم يمكن تصوير الفيروس الكرتونيا أو تشخيص إرتكاسات مناعية .

ـ أما التخطيط الدماغي الكهربائي فيبدي في البدء موجات منتشرة ذات قمم حادّة ثم لا تلبث أن تصبح هذه الموجات الشاذة دورية منتظمة بتطوّر المرض .

هـ ـ استسقاء الدماغ سوي التوتّر

مرض نادر يشاهد فيه تناذر عتهي بعلامات جبهية إضافة للأعراض الأخرى فتضطرب مشية المريض وتكون متثاقلة ويضطرب الانتباه وتتظاهر علامات خارج الهرمية . ومن العلامات المميّزة لهذا المرض إضطراب المصرّات حيث يكثر التبوّل اللّا إرادي لدى المريض .

الفحوص المخبرية :

يبدي التصوير الطبقي المحوري توسّعا بطينيا وتسطّحاً بالتّلافيف الدماغية .

السّببية :

غالبا ما توجد لدى المريض سوابق نزف سمائي أو التهاب سحايا ممّا يحدث حواجز غشائية ليفية تمنع التجّول الحرّ للسائل الدماغي الشوكي (ممّا ـ يحدث أحيانا إستسقاءاً منخفض التوتّر)

ويبدي الفحص بالنظائر المشعّة في بعض الحالات إضطرابا بآمتصاص السائل الدماغي الشوكي .

من الهام جدّا تشخيص هذا النّوع العتهي وتمييزه حيث أنّه قابل للمعالجة والشّفاء بواسطة التحويل الجراحي للسّائل الدّماغي الشّوكى .

و ـ داء ماركيافافا ـ بيونامي

خالة عتهية كحولية تحدث لدى أفراد مصابين بهوس الشرب حيث يتناول هؤلاء الأشخاص مقادير هائلة من المشروبات الكحولية ويصلون أحيانا إلى إسراف يؤدي بهم إلى المسبات المتميّز بالصمل المقاوم (يثني المريض الطرف عند محاولة مدّه ويمدّه عند محاولة ثنيه) .

يتّسم هذا الدّاء بأعراض إصابة جبهية مزدوجة تعود إلى تلف الجسم الثفني .

٤٥ ـ التناذرات العتهية لدى الكهول والصغار :

أ ـ رقص هنتنغتون

- يبدأ هذا الداء بين سن الثلاثين والخامسة والأربعين ويسير بشكل مترقي ـ

يتظاهر في البداية بأعراض غير نوعية كالهمود والشكاوي المراقية ثم تتطوّر حالة ضعف عقلي عتهي عام إضافه إلى الحركات الرقصية. ويستمر التطوّر عدّة سنوات

يشاهد في هذا الداء تلف النواة المذنبّة :

تتحسّن الأعراض بإعطاء الكلوربرومازين إلا أن العته يستمّر في تطوّره .

ب ـ داء تاي ساكس

غير معروف السبب إلا أنه يتظاهر تشريحيا مرضيا بفرط الحمل الشحمي للخلايا العصبية التي تصاب بتنكّس كيسي الشكل خصوصا القشرية منها .

يصيب هذا الداء الأطفال منذ السنة الأولى غالبا وقد يتأخّر حتى سن السادسة حيث يكون انذارها إذّاك أفضل نسبيا . . .

من أعراض هذا الداء الإرتخاء العضلي والتطوّر العتهي وحدوث نوبات صرعية .

تحدث الوفاة عادة خلال سنوات قليلة من تطوّر المرض الوخيم .

٥٥ ـ حالات عتهية ثانوية أخرى

تشاهد حالات عتهية ضمن العقابيل في التهابات الدماغ بفيروسات آربو والإلتهاب العقبولي والإلتهاب السحائي الدرني غير المعالج وتشاهد في بعض الأدواء المخيّة للمادة البيضاء وأيضا في الأورام الدماغية الجبهية والسريرية والثفنية .

في بعض الرضوض الدماغية الشديدة أو المتكرّرة (لدى الملاكمين) قد يحدث تطوّر عتهي نموذجي .

يؤدي اعتلال الدماغ بنقص الأكسجين إثر سبات إنسماهي أو نوبة قلبية أو هبوط سكّر دموي شديد ، أحيانا إلى تناذر عتهي تسيطر عليه إضطرابات الذاكرة .

كذلك يصادف العته في مراحل متطوّره من الآفات الغدية والعوز الفيتاميني (البلاغرا بعوز حمض النيكوتين ويتميّز بـ عتاهة ، التهاب أعصاب عديد ، التهاب جلد توسفي ـ التهاب لسان إسهال ، البزبري : عوزفيتامين ب١)

٦٥ ـ الحالات العتهية الرئيسية القابلة للشفاء :

يجب تشخيصها وتعريفها عن الحالات العتهية الأخرى حتى لا يزداد تطوّرها وخاصة ، مؤديا غالبا إلى الوفاة .

هذه الحالات هي :

- إستسقاء الدماغ سوى التوتّر
- الانسمام بالزموت
- الشلل العام
- الاعتلالات الدماغية بعوز الفيتامين (البلاغرا . . .)

II] عناصر السلوك العلاجي أمام تناذر عتهي :

عند تشخيص التناذر العتهي يجب العمل على التمييز بين الحالات العتهية القابلة للتراجع والشفاء والحالات العتهية الأخرى المترقّية حتما أو غير القابلة للشّفاء .

لذلك يتطلّب التحرّي السرّيري والمخبري تحديد العوامل السببية التي يتعلّق بها الإنذار والسلوك العلاجي :

فيمكن كبْح تطوّر العته الناجم عن الإعتلال الوعائي (التصلّب فرط التوتّر . . .) بضبط التوتر الشرياني وشحوم الدم بنظام غذائي وأدوية نوعية أما تطور الشلل العام (السيفليسي) فيعالج بنجاح بالبنسللين .

أما الحالات العتهية الأخرىٰ فتعطى فيها المؤكسجات الدماغيـة والمنشّطـات والمقويات الوعائية دون نتيجة أكيدة .

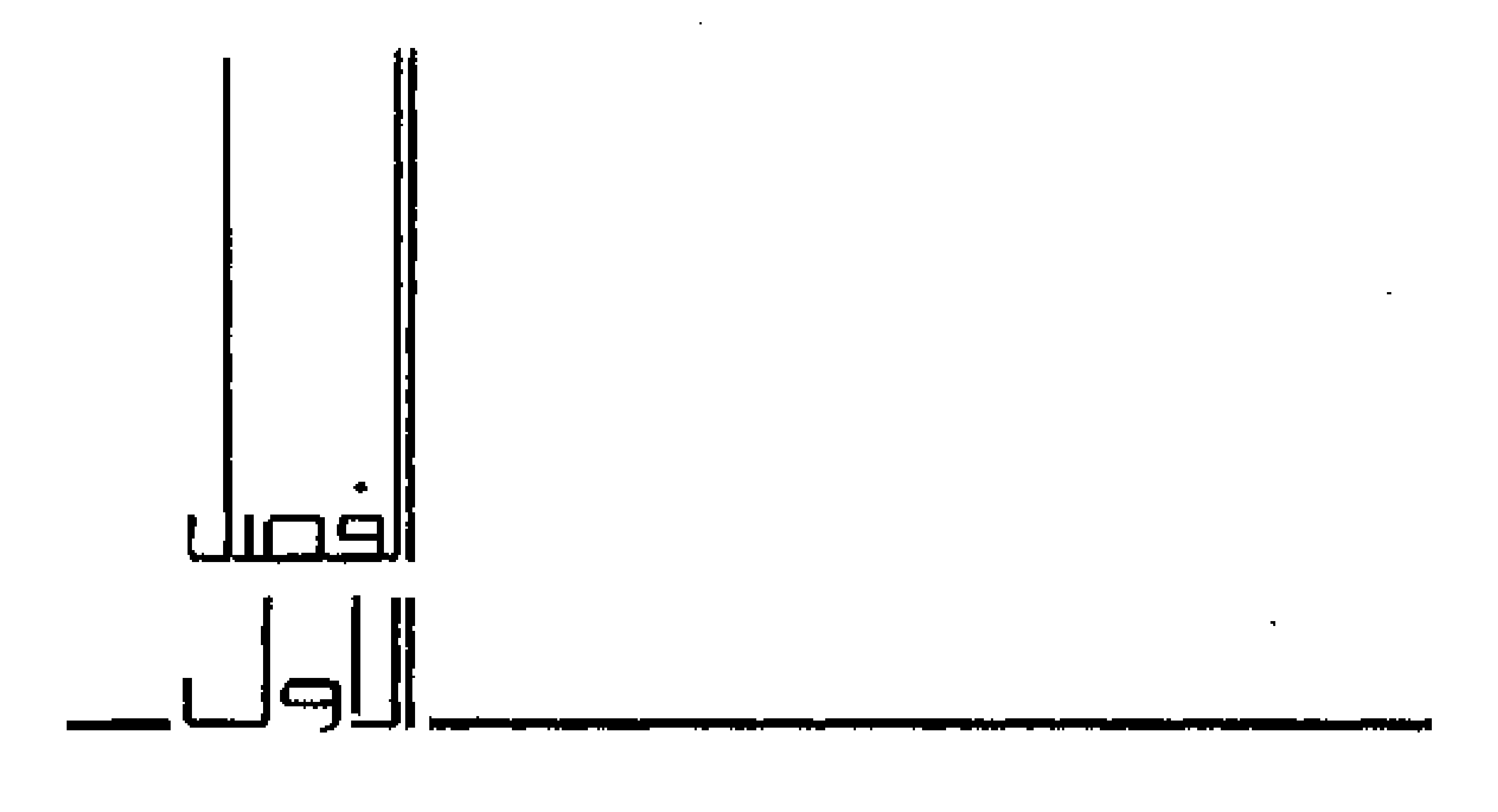
تعالج التظاهرات النفسية للتناذر العتهي بمركّنات وتفضّل المثبّطات العصبية بمقادير محدودة لضبط الأفكار الهذيانية واضطرابات السلوك . وفي الحالات الهمودية يلجأ إلىٰ مضادّات الهمود .

عند المراجعة الأولىٰ لمريض يبدي تناذرا عتهيا ، يتوجب حجزه بالمستشفى عند الشكّ بالتشخيص لضرورة البحث عن سببية قابلة للشفاء . وكذلك عندما يكون إضطرابه السلوكي شديدا .

إلا أنه ، خلال التطور المرضّي ، وعند مواجهة قرار إستشفاء المريض كمقيم ، يجب إعتبار ما يحدثه ذلك من إضطراب وخاصة لديه بفعل إختلال توجّهه الزماني المكاني وضعف إستيعابه لنمط حياتي جديد . لذلك يجب تقدير حالته السريرية ووضعه العائلي ، وعلىٰ أساس ذلك يتمّ تجنب إقامته الإستشفائية قدر الإمكان .

القسم الثالث

مختصر حول معالجات
الأمراض والإضطرابات النفسية



المعالجات البيولوجية

I المعالجات الدوائية

1) مدخل عام

تصنّف الأدوية النفسية إلى ثلاث مجموعات طبقا لتأثيرها على الحيوية النفسية :

1 - المثّبطات النفسية : تخفض الحيوية النفسية

2 - المنشّطات أو مضادات التثبيط النفسي تقوّي الحيوي النفسية .

3 ـ المشوّشات النفسية : يندر إستعمالها كأدوية

4 ـ المعدّلات النفسية أو معدّلات المزاج

1 ـ المثبطات النفسية :

أ ـ المنوّمات : تمارس أثرها الدوائي على اليقظة

ب ـ المهدئات : تخفف من القلق والتوتّر الإنفعالي

ج ـ المثبطات العصبية : تزيل أو تخففّ التّظاهرات النفسية المرضية النفاسية (الأهلاس ، الهذيانات الخ . . .)

2 ـ معدّلات المزاج : الليتيوم والتفريتول : لها أثر مضادّ للهوس ومفعول تثبيط نفسي

3 ـ مضادات التثبيط النفسي :

أ ـ منشطات اليقظة : الأمفيتامنيات ومشتقّاتها

ب ـ منشطات المزاج أو مضادات الهمود أو مضادات التثبيط المزاجي .

ج ـ منشطات أخرى : فيتامين C ، الكافئين ، المؤكسجات الدماغية الكورتيكوئيد الخ . . .

تصنيف دينكر* العام للأدوية النفسية

أنماط التأثير		
مثبطات نفسية، او مركنّات	منوّعات	ـ باربيتورية Barbituriques ـ غير باربيتورية Nonbarbituriqus
	مهدّئات ومركنّات صغرى	ـ ديازيبينات Diazepines ـ بروميرات Bromures
	مثبطات عصبية	ـ فينوتيازين Phenothiazines ـ رزربين Reserpiniques ـ بيتورفينون Butyrophenones ـ بنزاميد Benzamides ـ تيوكسانتين Thioxanthe'nes

* بيير دنيكر أوّل مكتشفي المفعول العلاجي للكلور برومازين في النفاسات مع ديلاي 1952

	معدّلات المزاج	- أملاح الليتيوم Sels de lithium - ديبروبيل أسيتاميد Dipropylacetamide
مضادات تثبيط نفسي أو منشطات	مضادات همود (منشّطات المزاج)	- هيدرازين Hydrazines imao
		- مشتقات ثلاثية الحلقة : Ticycliques - إيميرامن ، تريبتيلين Imipramine Amitriptyline
	منشطات اليقظة	- أمفيتامين ومشتقاتها Amphetamines
	منشطات أخرى	- حمض فسفوري فيتامين C غورتيكوئيد
مشوّشات نفسية	مهلسات	- مسكالين Mescaline بسيلوسيبين Psilocybine ليسر غاميد Lysergamide L'S'D.
	مذهلات	مورفينية Morphinipues أغوال القنب (حشيش) Gannabinols الكواكائين Cocaine
	مثملات (أو مسكرات)	الكحول Alcool الأثير Ether المذيبات Solvants

2 - المهدّئات :

أ - مواصفات المهدّئات :

1 - تدخل ضمن مجموعة المثبّطات النفسية

2 - لها فعل مركز : على القلق فهي مضادة للقلق وعلى التظاهرات الجسمية للقلق

(العصبية الإنباتية خصوصا) وليس لها فعل منوّم أساسي

3 - لا تحدث الأعراض الجانبية الناجمة عن المثبطات العصبية .

4 - ليس لها خصائص مضادّة للنفاسات .

ملاحظة : توجد ضمن المجموعات الدوائية النفسية الأخرى أدوية ذات مفعول مهدّيء .

الخصائص الفارماكولوجية للمهدّئات :

- مضادة للقلق

- مرضية للعضلات : مما يعطي أثرا مساعدا على النوم

- مضادّة للتشنج

- كما أن لها مفعول تقوية تأثير المنوّمات .

الأنماط الكيماوية الرئيسية للمهدّئات هي :

- الكاربامات : (إكوانيل) Equanil

- البنزودياز يبينات Benzodiazepines

- البيبرازينات Piperazines (Covatine Atarax) .

ب - إستطبابات المهدّئات :

(لا يجب وصف المهدّئات بشكل منهجي ، أو بمقادير كثيفة أو لفترات مديدة)

1 - الإستطبابات في الطب النفسي :

- حالات القلق ذات الشكل العصابي .

- القلق المرافق لتطوّر إضطراب نفسي .

- هبوط حرارة أو إرتفاع حرارة خفيفين نادرا صدمة حراريّة يمكن تجنبها بالإماهة الملائمة .

آثار غدية :

- إرتفاع الوزن .
- إضطرابات الدورة الطمثية والإدرار الحليبي .
- إضطرابات جنسية : تثبيط النشاط الجنسي
- إضطرابات جلدية : فرط التحسس للإشعاع فوق البنفسجي

2)- حوادث المثبطات العصبية (نادرة)

- التناذر التخليطي .
- نوبة إختلال حركي حاد
- التناذر الخبيث للمثبطات العصبية : فرط حرارة ، فرط توتر شرياني ثم وهط دوراني .
- إنسمام قلبي وموت مفاجيء .
- خثرات وريدية
- يرقانات
- فقدان الكريات المحبّبة

ج - إستطبابات المثبّطات العصبية :

1 - النفاسات الحادّة :

- النوبات الهوسية
- الهجمات الهذيانية الإرتكاسية أو البدئية أو الحادثة لدى المختلين .
- الحالات التخليطية - الحلمية من المنشأ الإنسامي خصوصا بالمشوّشات النفسية .
- الهجمات النفاسية الوخيمة إثر الولادة .

2 - النفاسات المزمنة

- الفصامات بجميع أشكالها

- الهذيانات المزمنة الغير فصامية (الهذيان الزوري ، النفاس الهلسي المزمن البارافرينيا)

3 - إستطبابات أخرى :

- بعض الحالات النفسجسمية : الإعتلالات الكولونية ، الآفات الجلدية .

- التناذرات الألمية الشديدة خصوصا السرطانية .

- التنذرات الرقصية

4 - إستطبابات مرتبطة بالعمر :

- لدى الطفل : النفاس الطفلي

- لدى المسنّ : الحالة الحلمية ، هذيان الإساءة

أنماط المثبّطات العصبية حسب التأثير السريري

- المثبطات العصبية المركّزة : تخفف الهياج الهذياني وتحدّ من الحصر الفصامي .

- المثبّطات العصبية متعدّدة المفعول : تكون بنفس الوقت مهدّئة ومضادة للنّفاس ومزيلة للتثبيط ويختلف توازن هذه التأثيرات حسب المقدار ومدّة المعالجة . وتعتبر هذه المثبطات أفضل معالجة مديدة للحالات الفصامية التي تتشارك فيها تظاهرات مرضية نفاسية وتراجعية .

- المثبّطات العصبية المزيلة للتثبيط : ذات مفعول إيجابي على التظاهرات التراجعية الفصامية وهي تؤثر خصوصا على اللاّ مبالاة والجمود الإنفعالي والتثبيط الحركي .

مبادىء وصف معالجة بالمثبطات العصبية المديدة

لا تستخدم المثبّطات العصبية مديدة التأثير إلاّ في معالجات لأكثر من ستة أشهر . وهي لا توصف عادة إلاّ بعد تراجع الهجمة الهذيانية وبعد تجربة نفس المركبّ العادي عن الفم لمدة نصف شهر .

- تحدّد المقادير مديدة التأثير حسب المقادير العادية الموصوفة سابقا من نفس المركّب .

- تعطى حقنا عميقا بالعضل .
- يوجد إحتمال حدوث تناذر لا حركي - مفرط التأثر .
- يجب وصف ملائم لمضادات باركنسون .
- قد تحدث حالة لا مبالاة نفسية - حركية .
- يوجد خطر حدوث تناذر همودي بين الشهر السادس والثامن إثر بدء المعالجة . وهو إحتمال غير ثابت .

الأدوية المثبطة العصبية المعادية

		الاسم الدوائي	المصدر الكيماوي	المقادير(عن الفم)	
مفعول مهدئ	مثبطات عصبية مهدئة	LEVOMEPROMAZINE (NOZINAN)	فينوتيازين	300-25 مغ	تأثيرات إنباتية
		CHLORPROMAZINE (LARGACTIL)		300 مغ	
		RESERPINE (SERPASIL)	رزربينية		
		CLOTHIAPINE (ETUMINE)	دينزوازبين	120-40 مغ	
	مثبطات عصبية متوسطة	PROPERCIAZINE (NEULEPTIL)	فينوتيازين	60-10 مغ	
		THIORIDAZINE (MELLERIL)	بيريدينية	75-35 مغ	
	مثبطات عصبية متعددة التأثير	PIPOTHIAZINE (PIPORTIL)		20-10 مغ	
		HALOPERIDOL (HALDOL)	بيتورفينون	30-10 مغ	
مفعول مزيل للجمح		FLUPHENAZINE (MODITEN)	فينوتيازين بيبرازينية	120-20 مغ	تأثيرات فرط حركية
		THIOPROPERAZINE (MAJEPTIL)		50-10 مغ	
	مثبطات عصبية مزيلة للجمح	PROCHLORPROMAZINE (TEMENTIL)		30-10 مغ	
		PERPHENAZINE (TRILIFAN)		96-116 مغ	
		TRIFLUPERIDOL (TRIPERIDOL)	بيتورفينون	6-1 مغ	

	TRIFLUPERIDOL (TRIPERIDOL)	تيزاميد	600-100 مغ
	CARPIPRAMINE (PRAZINIL)		

الأدوية المثبطة مديدة التأثير

الاسم التجاري	التركيب الكيماوي	طريق الاعطاء	نظم الجرعات	الجرعة المتوسطة
MODITEN RETARD	oenanthate de fluphenazine	حقنا عضليا	كلّ اسبوعين	100-25 مغ
MODECATE	Decanoate	//	من 3 إلى 4 أسابيع	125-25 مغ
PIPORTIL M2	Undc cyclenate Pipotiazine	حقنا عضلياً	مرة كلّ اسبوعين	100-25 مغ
PIPORTILL4	Palmitate	حقناً	كلّ 4 أسابيع	100-25 مغ
FLUANXOLR	Decanoate de	//	من 2 إلى 3 أسابيع	100-40 مغ
SEMAP	Penfluridol	عن الفم	جرعة كلّ اسبوع	60-20 مغ
TRILIFANR	Perphenazine	حقنا عضليا	كلّ 3-4 أسابيع	100-25 مغ
HALDOL DECANOAS	Haloperidol	//	كلّ 3-4 أسابيع	400-100 مغ

5 ـ مضادّات الهمود

التصنيف الكيماوي :

توجد ثلاثة مجموعات كيماوية ضمن مضادات الهمود هي :

1 ـ المركّبات ثلاثية الحلقة : الإيميبرامينية (Tofranil) والكلوميبرامينية (Anafranil) . . .

2 ـ مضادات الهمود الجديدة وهي ذات صيغ مختلفة مثل Vivalan) 9 Ludiomil : أول مركّب دون مفعول مقوى للكولين .) Upstene .

3 ـ لاجمات المونوآمين أكسيداز I.M.A.O (MARSILID) مارسيليد وهو مشتقّ من الإيزوينازيد .

المواصفات الخاصّة :

ترتكز على الخصائص الإضافية المركّنة والحالة للقلق أو المنشّطة المضادّة للّجم المؤثرة حسب المركّب إلى جانب الخصائص المضادّة للهمود .

تتطلّب كلّ مضادّات الهمود مدّة أسبوعين إلى ثلاثة من التعاطي قبل أن يظهر مفعولها ، إلاّ أن تحسّنا بدئيا يلاحظ عندما ما يكون المركّب الموصوف ملائما للنوع الهمودي السريري حيث أن المفعول المركّن أو المنشّط يتظاهر بشكل مباشر تقريبا .

أكثر مضادات الهمود تنشيطا هي لاجمات المونوآمين أكسيداز ، وSurvector و Alival و Vivalan . . .

أكثر مضادات الهمود مفعولا مركّنا هي Ludiomil , Surmontil Laroxyl . . .

أما مضادات الهمود المتوسّطة وهي ذات تأثيرات متفاوتة حسب الأفراد : Upsténe, Topranil

تتقارب كلّ مضادات الهمود في نتائجها الإيجابية التي تصل حوالي 70٪ من الحالات المعالجة . ويعتقد بعض الباحثين أن مضادات الأمين أكسيداز لها فعالية أعلى قليلا في الحالات الملائمة .

مضادات إستطباب مضادات الهمود الحلقية الثلاثية :

ـ القصورات الكبدية والكلوية الشديدة .

ـ القصورات والإعتلالات القلبية المتطوّرة وإحتشاء القلب حديث العهد وآضطرابات النظم القلبي .

ـ داء بازدو .

ـ التصلّب الشرياني .

- حالات الزرق (يمكن أحيانا تحت المراقبة اعطاء معالجة في الزرق ذو الزاوية المفتوحة) .
- الضخامات البروستاتية وآحتباسات البول .
- يجب الحذر لدى الصرعيين والكحوليين والأفراد المسنّين .

الحوادث والآثار الجانبية لمضادات الهمود ثلاثية الحلقة

● الحوادث (وهي تتطلّب إيقاف المعالجة)
- فرط التوترّ الشرياني الاشتدادي
- إضطرابات النظم القلبي
- الإختلاجات .
- إلتهابات الأعصاب العديدة والتهاب العصب البصري .
- اليرقان .
● الآثار الجانبية وهي لا تمنع إستمرار المعالجة :
- آثار مضادة للكولين :
● شح البول ، قبض ، جفاف الفم ، أحاسيس حرارة وتعرّق
- آثار قلبية وعائية :
● هبوط الضغط الشرياني
● أحاسيس دوار
● بطء النظم القلبي
- آثار عصبية مركزية :
● أرق
● رجفان ، لا توافق حركي .

الاختلاطات النفسية لمضادّات الهمود ثلاثية الحلقية

- خطر العبور الىٰ الفعل الإنتحاري إثر نزع اللجم النفسي الحركي بفعل

الدواء قبل تحسّن المزاج ، وذلك خلال الأسبوع الأول من المعالجة . وفي نهاية الأسبوع الثالث .

- إحتمال ظهور أو إشتداد - التّظاهرات الحصرية والأرق عند إستخدام مضادّات همود منشّطة (لذلك يمكن إضافة مهدئات إليها) .

- إنقلاب المزاج الهوسي : لا يظهر هذا الإختلاط إلا لدى المرضى الهوسيين الهموديين .

- لا تحدث ثلاثيات الحلقة إرتباطا نفسيا إلا أن قطعها المفاجيء إثر معالجة مديدة بمقادير عالية قد تحدث أعراض فطام بسيطة كالدوار والتعرّق واضطراب التوتّر الشرياني .

- التخليط الذهني : تشاهد خصوصا لدى المسنين وتبدأ باضطراب التوجّه الزمني المكاني وحالة حلمية مسائية واضطراب مشية وتصويت ، ورجفان . . . وتستوجب إيقاف المعالجة ولو مؤقّتا .

كيفية وضع منهاج المعالجة بمضادات الهمود ثلاثية الحركية

بعد استبعاد مضادات الإستطباب توصف المعالجة بمقادير متزايدة تصل إلى الجرعة القصوى خلال ثلاثة أو أربعة أيام . وتكون غالبا عن طريق الفم بمقدار متوسط150 مغ / يوم . كما يمكن أن توصف عن الطريق الوريدي أو الحقن العضلي (إيميبرامين ، أميتريبتيلين) أو تعطي في المصل الوريدي .

تظهر الآثار الأولى بعد أسبوع تقريبا وتستمر المعالجة حوالي أسبوعين بعد التحسّن السريري ثم تخفّف تدريجيا حتىٰ حوالي 50مغ يثابر عليها طبقا للمتطلّبات العلاجية أو الوقائية . وعند مشاركة المهدّئات ، يجب تجنبّ وصف الباربيتورات والأمفيتامينات .

تشمل مراقبة المعالجة :

- الوضع الجسمي : الجهاز القلبي الوعائي : الضغط الشرياني ، النظم القلبي الجريان البولي ، الحركية المعوية ، الحرارة ، النوم .

ـ الوضع النفسي : هجمات القلق ، المزاج : الأفكار الإنتحارية ، إنقلاب المزاج (في النفاس الهوسي الهموس) ، الهجمات الهذيانية .

تقييم فاعلية المعالجة بالمركّب مضاد الهمود ثلاثي الحلقة :

تظهر فاعلية المركّب خلال فترة أقصاها عشرون يوميا طبقا لتبدّل العناصر التالية :

ـ المزاج الهمودي والأفكار الإنتحارية

ـ الخمول النفسي .

ـ الحركي

ـ القلق .

ـ الشهية .

ـ إضطرابات النوم

ـ الغريزة الجنسية

أعراض الإنسمام بمضادات الهمود ثلاثية الحلقة

يكون الخطر عاليا عندما تتجاوزجرعة الإنسمام غرامين

ـ ظهور السّبات في طور متأخّر .

ـ فرط حرارة .

ـ نوبات تشنّجيّة .

ـ وهط تنفّسي .

الإجراءات الإسعافية عند الإنسمام

ينقل المريض بشكل عاجل إلى المستشفى . وإذا كان لا يزال محافظا على وعيه يجري له غسل معدة بكمية كبيرة من الماء . . . ويجب مراقبة الجهاز القلبي الوعائي بدقة حيث يوجد خطر إضطراب النظم البطيني او الأذيني البطيني .

الحوادث والإختلاطات والآثار الجانبية للاجمات المونوآمين أكسيداز .

1 ـ الحوادث :

ـ وهط قلبي وعائي : يوضع المريض بوضعية الاستلقاء ، الرأس أسفل قليلا مع حقن المصل الوريدي .

ـ فرط ضغط شرياني إشتدادي : يقاوم بإعطاء مقادير صغيرة من لارغاكتيل Largactil

ـ التهابات كبدية إنسمامية ويرقان .

ـ حوادث عصبية نادرة : نوبات تشنّجية ، التهابات عصبية عديدة .

2الآثار الجانبية :

تماثل الآثار الجانبية لثلاثيات الحلقة مثل جفاف الفم والتعـرّق واضطـراب المطابقة البصرية وهبوط القدرة الجنسية ، أرق ، رجفان .

3 ـ الإختلاطات النفسية :

ـ انقلاب هوسي للمزاج

ـ حالات تخليطية نادرة .

مضادات استطباب لاجمات المونو آمين أكسيداز

ـ السوابق الكبدية .

ـ التشارك مع أحد الأدوية التالية :

- الأمنيات المقّلدة للودي (الرافعة للضغط) : نيوسينفرين ، هبتامينول .
- الأفدرين ومشتقّاته
- منشطّات ألفاوبيتا
- المقبّضات الوعائية الموضعية .
- لاجمات ألفا وبيتا .
- مضادات رافعات الضغط الشرياني
- منه ومضادّات الألم التركيبية المركزية
- الأمفيتامينات
- ثلاثيات الحلقة يؤدي التشارك إلى خطر اضطراب الضغط والإعتلال الدماغي الإنسمامي
- الأفيون وأشباه القلويات المشتقة Merhadone, Dolosal, Palpium
- الباربيتورات .

كما ينصح بتجنّب الأغذية الحاوية على التيرامين (الجبن ، الموز ، كبد الدجاج ، المشروبات الكحولية الفول . . .)

إستطبابات لاجمات المونو آمين أكسيداز :

- الحالات الهمودية
- الحالات الألمية
- الإضطرابات النفسجسمية (التهابات الكولون ، الربو . . .)
- نوبات الحصر الحادّة .

كيفية تنظيم المعالجة

نظرا لمحاذير لاجمات المونو آمين أكسيداز فإنها لا توصف إلاّ عند فشل مضادات الهمود الأخرى ، وذلك بعد أسبوع على الأقل من إيقاف المعالجات الأخرى . تجري المعالجة في المستشفى ويجب إجراء الإستكشافات والتجريات اللاّزمة . ويجب الحذر عند وصف أدوية أخرى أو الاضطرار إلى التخدير وإخطار الطبيب بذلك . يراقب الضغط خلال المعالجة وترفع المقادير إلى الجرعة المحدّدة خلال 4 - 5 أيام . يظهر المفعول العلاجي بعد أسبوعين تقريبا ويدوم عدّة أسابيع إثر إيقاف الدواء .

يراعى النظام الغذائي الملائم (منع المواد الحاوية على اليترامين ، والقهوة والشوكولاته) . . ويجب وضع فاصل إجباري بأسبوعين عند إستبدال المعالجة ويحترم نفس الفاصل عند اللجوء إلى الصدمة الكهربائية .

إستطبابات مضادّات الهمود :

- التناذرات الهمودية الصريحة النوعية أو التي تشكل إختلاطا للإضطرابات نفسية أخرى أو لاضطرابات عضوية .
- العدائل الجسمية للهمود .

نسبة من حالات العصاب الوسواسي - القسري .

ـ بعض الأمراض العصبية والعامة : داء باركنسون ، تناذر ما بعد المرض الدماغي ، التناذر الألمي العصبي .

ـ الحالات المحمودية خلال الفطام عن الإدمان الانسمامي .

بعض مضادات الهمود ثلاثية الحلقة

الإسم التجاري	المركب الكيماوي	الجرعة اليومية	طريق الإعطاء	التأثير الإضافي
TOFRANIL	Imipramine	50 — 200مغ	عن الفم	مزيل للّلجم
ANAFRANIL	Clomipramine	50 — 150مغ	عن الفم حقنا وريديا	مركّن متوسط
PERTOFRAN	Desipramen	500 — 200مغ	عن الفم	منشط نفسي
LAROXYL ELAVIL	Amitriptyline	50 — 150مغ	عن فم حقنا وريديا وعضليا	مركّن مضاد للقلق
LIMBITROL	Amitriptyline Chlordiazepoxide		عن الفم	مهديء
MOTIVAL	Nortriptyline perphenanzine		عن الفم	مهديء (نفاسات)
SINEQUAN	Doxepine	100 — 800مغ	عن الفم	مضاد للقلق
MOXADIL	Amoxapine	150 — 300مغ	عن الفم	مثبط عصبي
DEPARON	Demexiptiline	750 — 150مغ	عن الفم	مزيل للّجم الحركي
LUDIOMIL	maprotiline	100 — 150مغ	عن الفم	مركّن مضاد للقلق
مضادات الهمود الجديدة				
vivalan	viloxazine	300 — 600مغ	عن الفم عن الوريد	منشط مزيل للّجسم
SURVECTOR	Amineptine	300 — 200مغ	عن الفم	منشط نفسي
ATHYMIL	Mionserine	40 — 800مغ	عن الفم	مركّن مضاد للقلق

ALIVAL	Nomifensine	70 — 100مغ	عن الفم	منشط نفسي
CONFLICTAN	Oxaflozane	15 — 300مغ	عن الفم	المسود الارتكاسي
UPSTENE	Indalpine	100 — 300مغ	عن الفم	متوسّط
لاجات المونوآمين أكسيداز IMAO				
MARSILID	Iproniazide	50 — 150مغ	عن الفم	مفيد في الوهن النفسي
NIAMIDE	Nialamide	50 — 300مغ	عن الفم	يفضل لدى المسنين
TYLCIPRINE	Tranylcypromine	10 — 30مغ	عن الفم	الحذر عند الوصف (بالمستشفى)

6 المنشطات العصبية النفسية (منشطّات اليقظة)

تقوم المنشطّات العصبية النفسية بإذاكاء اليقظة وإثارة الحيوية الفكرية وزيادة حدة الإدراك الحواسي ، الا أنها لا تملك تأثيراً نوعيا على المزاج المهمودي . وهي متباينة ومتنوّعة ولا يتميّز منها إلا الأمفيتامينات كمجموعة منسجمة .

آ ـ الأمفيتامينات

تنشّط الأمفيتامينات اليقظة وتزيد الفاعلية النفسية الحركية والجنسية وسرعة الإستجابة وتخفف أحاسيس الإرهاق .

١ ـ الحوادث والأعراض الجانبية .

ـ الحوادث العصبية : النزيف السحائي أو الدماغي بفعل إرتفاع احتدادي بالضغط . كما تلاحظ نوبات تشنجية .

ـ الانسمامات الحادة : الجرعة السامة أعلى من اغ

ـ الإدمانات الانسامية : بجرعات تتجاوز أكثر من عشر مرات الجرعة العلاجية وتشترك غالبا مع إدمان على الباربيتورات .

ـ ظهور إختلاطات نفسية ، كاضطراب المزاج وأفكار التعقّب والتنّاذر الزوراني التجريبي ، فرط إثارة . . .

ـ تظاهرات عصبية إنباتية : خفقان ، تسرّع قلب ، إضطراب الضغط الشرياني ، إضطرابات النوم ، قمه . . .

2 ـ إستطبابات الأمفيتامينات :

قليلة وأهمها :

ـ تناذر جيلينو : وأعراضه التخشّب والخدار (نوبات نوم قصير وعميق) تفيد فيه جرعات امفيتامين 30 ـ 60 مغ . كما تفيد مضادّات الهمود الحلقية الثلاثية .

ـ الأطفال ذو الحركية المفرطة(بعمر أكثر من ست سنوات) حيث يظهر مفعول مركّن متناقض .

ـ معالجة الصرع : بمركّبORTENAL(مزدوج أمفيتامين + فينوباربيتال 0,010 مغ) وهو يقاوم البطء النفسي والهمود المحدثين بفعل الباربيتورابت .

3 ـ المركّبات الأمفيتامينية

سحبت معظم المركبات الأمفيتامينية من الأسواق الدوائية لكثرة حوادثها وحالات الإدمان عليها . وظلّ منها مركّبTONEDRDNالمستخدم حقنا وريديا في التحليل النفسي التخديري . ومركّبات مشتقة أخرى تعطى عن الفم كـ CAPTAGON, VIGILOR, PRDMOTIL, ORDINATOR

ب ـ المقمّهات : مثبّطات الشهية

تستخدم المقمّهات لتخفيف الوزن حيث أنها تثبط الشهية . إلا أنها مقلّدات للأمفيتامين ، حيث لها مفعول مشابه منشطاً نفسيا بدرجات متفاوته . لذلك لا بد من الحذر في استخدامها من حيث ما تحمله من خطر الإدمان إضافة لآثارها لدى

الأفراد ذوي السوابق النفسية ، إذ قد تؤدّي إلى حالات همودية أو هذيانية وتحدث اضطرابات نوم .

كما يمنع وصفها في الاعتلالات القلبية وفرط التوتر الشرياني وفرط نشاط الدرق وعند الحمل . ولا يجب مشاركتها مع مثبطات الأمين أكسيداز .

المركّبات المقمّهة :

منها : Pondinil, Moderatan, Frugalan, Anorex, Pondaral (وهو يختصّ بمفعول مركّن) .

ج ـ منشطّات نفسية أخرى

١ ـ المؤكسجات الدماغية

ـ مفعولها الدوائي :

ـ توسيع وعائي ورفع الوارد الدموي .

● زيادة إستهلاك الأكسيجين والغلوكوز .

● زيادة الأستيلكولين .

● زيادة نشاط الدورة الدموية الدماغية الصغرى .

ـ المركّبات الدوائية .

● الهيدرجين Hydergine (Dihydroergotoxine) : يؤدي الإستعمال المديد لهذا المركّب لدى الفرد المسنّ إلى تحسين بعض الوظائف الدماغية .

● مشتقات البرفنكامين (Pervone, Vincaforte, Vincamone)وهي تنظّم النوم لدى المسنين وتحسّن الأكسجة الدماغية .

2 ـ المركبات الرافعة للضغط والمنشطة للدورات الدموي الأمنيات

Xpraxinor, Ephedrine, Angiocardol, Effortyl, Neosynephrine, Effortil, Heptamyl, Pressyl

3 ـ المركّبات الهرمونية :

Suho de caolron Hudrocortisoue Cortine ، وتستخدم في هبوط الضغط الناجم عن لاجمات المونو آمين أكسيداز

4 ـ مشتقات الديانـول : Euclidan, Diforene, Cleregil وهـي توصف لدى الأطفال الذين يشكون من صعوبات تلاؤم مدرسي أو من فرط حركية .

5 ـ الـ Piracetam (Gadacet,Nooteopyl) مشتقة عن الغابا GABA وتستخدم في حالات نقص الأكسجة الدماغية .

6 ـ مركبات فيتامينية وحموض أمينية :

فيتامين س C ، حمض الفسفـور : Phosphoneurol ، حمض الفلوتاميـك Glutaminol ، حمض الأسبارتيك Cogitum, Sargenor . . . .

مضادات داء باركنسون :

تصحّح الآثار الجانبية خارج الهرمية للمثبطات العصبية .

ـ مضادات إستطبابها : الزرق ذو الزاوية المغلقة ، ضخامة البروستات إضطراب النظم القلبي ، الإضطراب الحركي المتأخّر .

ـ المركبات Artane (25 - 15R مغ ..) Parkinanec : منشّطة Akineton منشّط Kemadrine مركن

Ponalide : حقنا عضليا وعن الفم ، سريع المفعول .

مركّبات جديدة Bromocriptine, Trivaline, Amantadine

ـ الإستطبابات الإضطرابات الحركية الباكرة ، اللاحركية ، الإضطرابات خارج الهرمية ، الإضطراب الحركي الحاد ، التناذر اللاحرّكي مفوط التوتّر ، تناذر الأرنب (حركات الشفة)

ـ الآثار السلبية :

- هبوط التركيز الدموي للمثبطات العصبية
- الإرتباط النفسي .
- دورها المحتمل في الإضطرابات الحركية المتأخرة .

العلاجات النفسية المشتقّة من التحليل النفسي

١ . أنماط معالجة تظلّ ضمن مدرسة التحليل النفسي إلا أنها تتوجّه إلى أفراد لا يلائمهم التحليل النفسي النموذجي بسبب شدة اضطراب الأنا لديهم كالفصام والحالات الحدودية وبعض العصابات والأمراض النفسجسمية كذلك يغيّر الإطار العلاجي إلى شكل أكثر مرونة (تباعد بين الجلسات، وضعية تواجه بين المحلل والمريض جلوساً) ويتم ضبط التحويل بما يحول دون نكوص مفرط للمريض فيتمركز التحليل أكثر على الواقع الراهن.

٢ـ مدارس التحليل النفسي المنشقّة:

أ ـ مدرسة يونغ: تتمركز في نمطها العلاجي على تحليل الأحلام واللاّ شعور الفردي والجمعي من خلال «النماذج البدئية» تستهدف المعالجة فعلاً ديناميكياً يدفع تدريجياً إلى تغيير شخصية الفرد عبر استيعاب النماذج البدئية.

ب ـ مدرسة أدلر: تتّجه إلى علاج تربوي واجتماعي عبر حوار متواجه يشمل أسلوب حياة الفرد وتظاهرات الشعوب بالنقص فيه ويتجه به إلى تصحيح سلوكه وتمكينه من التلاؤم مع محيطه الإجتماعي. يتوجّه هذا العلاج إلى العصابات والانحرافات الاجتماعية.

ج ـ المدرسة الثقافية ـ الاجتماعية (كارن هورني، هاري سوليفان. . .)

يستهدف العلاج النفسي هنا استكشاف الصراعات بين النزعات الطبيعية والضغوط الثقافية الاجتماعية بما يساعد على فهمها وحلّها. ويتمركز العمل العلاجي على الطاقات والديناميكية الأنثوية.

د ـ مدرسة العلاج العقلاني.

تعمل هذه المدرسة دور آلية التحويل. وتهتم بالبنيان العقلي الذي ينسجه الفرد حول ذاته (صورة الذات) والافتراضات الخاطئة التي تنجم عنه عبر علاقته مع محيطه. لذلك فهي تعمل على إضفاء مناخ مريح يتيح للفرد التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته مباشرة ومساعدته على الإحاطة بالصورة التي يبنيها حول ذاته وتحليلها ومن ثم تصحيحها وعزل الجوانب غير الملائمة من سلوكه وتحديد

الخطوات السلوكية الجديدة التي سوف يتّبعها وخروجه من الصراعات الذاتية إلى ديناميكية عملية. ويعمل المحلّل هنا على إعطاء صورة صادقة للمريض عن ذاته دون نقد أو تشويه لهذه الصورة.

هـ التحليل الوجودي:

و- العلاج الجشتالتي:

يرتبط بالفلسفة الوجودية. ويتمركز حول التجربة الراهنة المباشرة للمريض بأبعادها الإنفعالية والمعرفية. يدفع المعالج المريض خلال الجلسة إلى الارتباط بواقعه والوعي بالتفاعل بين ذاته ومحيطه. وتستخدم أساليب الإفراغ والسيناريو لعب الأدوار، والحوار التمثيلي لمواقف هامة في حياة المريض...

٣- التحليل النفسي الجماعي:

يتم عبر مجموعة من الأفراد متوسّطهم سبعة مع محلّل نفسي مختصّ يقوم بتأويل التداعي المشترك للمجموعة ضمن ديناميكيتها ويأخذ بالاعتبار آلية التحويل... هذاالأسلوب له مزايا منها العامل الاقتصادي لكن أيضاً تقلّص عناصر الارتباط بالمحلّل والتفاعل المتبادل بين أفراد المجموعة...

وتوجد أشكال من العلاج النفسي الجماعي أكثر مرونة وتعتمد على معالجة المعاناة الراهنة للأفراد، فون العبور إلى النكوص وتحليل الإشكالية البدئية.

٤- الدراما النفسية:

تعتمد على عدة مناهج فقد ابتكرها مورينو ثم تطورت حسب المدارس. تتمثّل الدراما النفسية التحليلية في لعب أحد أفراد المجموعة دوراً مستوحى من حياته اليومية الراهنة أو الماضية أو حتى من خياله يسانده في ذلك بعض أفراد المجموعة انطلاقاً من ذلك يتم تحليل التفاعلات المتبادلة والانفعالات والتداعيات الناجمة عن لعب الدور بما يزيد وعي كلّ فرد باشكاليته الشخصية والعلائقية وتمكّنه من استيعابها الايجابي.

٥ - التحليل بالحلم اليقظ الموجّه:

طريقة في العلاج النفسي ابتكرها الفرنسي «ديزوال» تستمدّ ينابيعها من

نظريات «فرويد» و«يونغ» وتتمثّل في إحداث حالة من الاسترخاء يتبعها إيحاء تنويمي يوجّه الفرد نحو تخيلات حول موضوع أو صورة معنية ثم يتمّ تحليل وتأويل تطوّر الأحلام اليقظة لدى الفرد. كما يساعده المحلل على تجاوز المواقف الخيالية المثيرة للقلق والحصر.

٦٠ـ التحليل التخديري :

يتم بحقن وريدي بطيء لجرعة من الباربيتورات السريعة (أموباربيتال صوديوم) قد تشرك مع مركّب أمفيتاميني. يتحقّق بذلك خفض اللجم والرقابة الذاتية مع تحقيق استرخاء نفسي وجسدي كافيان لتسهيل التعبير الحرّ وورود الذكريات القديمة.

يستطّب التحليل التخديري في العصابات الإرتكاسية الحديثة العهد (عصابات الحرب، العصابات الرضية) وفي العصابات الرهابية وحالات الحصر والاضطرابات الجنسية العصابية.

التنويم الطبي :

يستخدم عادة تعبير «التنويم المغناطيسي» إلا أنه غير علمي لذلك فضّلنا استخدام تعبير «التنويم الطبي» أو «التنويم العلاجي».

تدوم جلسة التنويم العلاجي حوالي ثلاثين دقيقة ويستمر العلاج من شهرين إلى عدّة أشهر حسب الحالة بمعدّل جلسة أسبوعياً يتضمن السياق العلاجي خلال الجلسة المراحل التالية :

- المحادثة المهيئة وشرح كيفية العلاج
- استخدام التقنية التنويمية وتعميق الحالة التنويمية
- الايحاءات العلاجية أو التحليل خلال النوم العميق
- الاستيقاظ والمحادثة التالية للتنويم

يستخدم التنويم عدّة وسائل علاجية أهمها :

١ـ الايحاء الذي يستهدف إزالة الأعراض المرضية

٢ـ إحداث استرخاء نفسي وجسدي

٣ـ التطهير التنويمي ويتمثّل في إحياء رض نفسي أو صراع قديم وإعادته إلى

الذاكرة مما يزيل الأعراض التي تعبّر عنه رمزياً. ويميل بعض المحلّلين حالياً إلى استخدام التنويم عبر التحليل النفسي بهدف اختصار مدّة المعالجة التحليلية.

الاستطبابات المرضية النفسية للتنويم الطبّي:

- العصابات الهسترياتية

- بعض العصابات الرهابية

وتستخدم أساليب مشتقة من التقنية التنويمية ومشركة مع تقنيات أخرى في معالجة عدة اضطرابات نفسية ونفسجسمية أخرى.

المعالجات النفسية الداعمة.

أكثر أنواع المعالجات النفسية شيوعاً لاتّساع نطاق استطاباتها وخضوعها لشروط أكثر مرونة من المعالجات النفسية المختصّة الأخرى فهي تتوجّه إلى التجربة اليومية للمريض وحالاته النفسية الإرتكاسية، فتعمل على تخفيف الأعراض وتحقيق تلاؤم سريع للمريض مع محيطه. تستطبّ هذه المعالجات أيضاً في حالات مرضية لا يمكن أن يستطبّ فيها تحليل نفسي عميق كما تكون أحياناً مرحلة مهيئة للعلاج النفسي الجذري عندما يكون المريض عاجزاً عن الإقبال على هذه المعالجة مباشرة بحكم بنيته النفسية المتصلّبة أو الضعيفة أو طبيعة اضطراباته المرضية أو ظروفه الذاتية.

عناصر العلاج النفسي الداعم:

يتمركز العلاج النفسي الداعم حول التجربة الراهنة للفرد ويستهدف تحسين تفهّمه لإشكالاته وتقبّله لذاته ودعم بنيانه الأنوي وتكيّفه الفعال مع محيطه وتستخدم في ذلك عدّة عناصر منها:

- التوجيه: يتم على المستوى النفسي من حيث تأويل تجربة المريض الراهنة ودوافعها وعلى المستوى السلوكي، حيث يحاول الطبيب توجيه الفرد إلى سلوك أكثر فعالية ويشجّعه على تحقيق مشاريعه الايجابية كما يمكن أن يتدخل عند الحاجة والإمكان لتصحيح ظروف محيطه

ـ الإيحاء والاقناع ويتمّان خصوصاً عبر الآلية التحويلية حيث يكتسب المعالج ثقة المريض ويشكّل بالنسبة له مثالاً أنوياً بحيث يتقبّل الإيحاء والإقناع اللذين يظلان ضمن نطاق عنصر التحليل العقلاني والواقعي مما يصحح باتجاه ايجابي تصوّر المريض لذاته وعلاقته مع محيطه.

ـ التطمين : يعمل الطبيب على إعادة الأحداث إلى حجمها الطبيعي ويخفّف قلق المريض وشكوكه وأزماته بإعادة تقييم الواقع بشكل إيجابي

إستطبابات المعالجة النفسية الداعمة :

ـ الأزمات النفسية الارتكاسية لدى أفراد أسوياء

ـ الحالات العصابية القلقة مع هشاشة الأنا

ـ الأفراد ذوي الشخصيات اللا ناضجة (الهموديون المزمنون، الواهنون نفسياً)

ـ الحالات النفاسية دون تراجع خصوصاً الفصام والهذيان المزمن وإثر الهجمات الهذيانية...

المعالجات النفسية ذات الوساطة الجسدية

تستمدّ ينابيعها من مصدرين: النظريات الفيزيولوجية الحيوية ونظرية التحليل النفسية وقد تطوّرت بشكل هائل خلال العقود الأخيرة وتعدّدت أشكالها ومدارسها والمراكز الطبية النفسية التي تستخدمها لمعالجة مختلف الإضطرابات النفسية والنفسجسمية. تعود آلية فعلها العلاجي إلى تكامل الوحدة النفسية الجسدية، حيث أن الشخصية البشرية لا تتحقّق إلاّ عبر مختلف العناصر والخصائص النفسية والجسدية، فيعبر السلوك والبنيان النفسي عن البنية والديناميكية الجسدية كما أن الجسد يصبح أداة تعبيرية مباشرة أو رمزية لمختلف التبدّلات والإضطرابات النفسية.

أ ـ العلاجات الإسترخائية

١ـ طريقة شولتز Training Aurogen

تعتمد على الوعي بالحالة الفيزيولوجية للجسد (توتّر العضلات، الثقل، الحرارة، الوظائف الإنباتية كالتنفس والنبض) ويتعلّم الفرد نوعاً من الإيحاء التنويمي الذاتي يتدرّب خلالها على السيطرة على هذه الوظائف وضبطها.

٢ـ طريقة جاكوبس: الإسترخاء التدريجي:

تستهدف تدريب الفرد على التعرّف على مراكز التوتّر الجسدي لديه وإرخاؤها تدريجياً عبر الوعي بالمجموعات العضلية وتمييز وظائفها. بحيث يصبح قادراً على المحافظة على حدّ أدنى من التوتّر العضلي. يتمّ ذلك بجلسات تدريجية يومية يوجّه فيها الأخصائي الفرد مرة أو مرتين أسبوعياً لبضعة أشهر. عملياً تتضمّن التمارين مراحل من الإسترخاء العضلي الكامل ومراحل من التدرّب على تمييز العضلية بارخاء بعضها وتوتير البعض الآخر الخ...

٣ـ طرائق الاسترخاء التحليلي:

تعتمد على التحويل وتحليل علاقة الإستجابات الجسدية مع الذكريات والصراعات والنزعات الغريزية اللاّ شعورية وذلك خلال عملية الإسترخاء الجسدي الذي يرافقها تعبير لغوي عن الأحاسيس والانفعالات والصور والتداعيات الطارئة.

الإستطبابات:

الإضطرابات النفسية الحركية، حالات القلق وعصابات الحصر، وبعض الأمراض النفسجسمية والإضطرابات العصبية الإنباتية والعصابات الرهابية...

ب ـ المعالجات النفسية الإنسانية:

تنتمي هذه المعالجات إلى ما يسمى بتيار علم النفس الإنساني الذي يستند على تكامل التجربة الإنسانية النفسية والجسدية والإجتماعية عبر تظاهراتها السلوكية النزعاتية والغريزية والعلائقية والحيوية. معظم مؤسسي هذه المعالجات مروا بتجربة التحليل النفسي وتشبّعوا بنظرياتها، بحيث أن أساليبهم لا تتناقض مع التحليل النفسي بل تعتبر تكميلاً وتطويراً له، من حيث ازدياد اهتمامها بالبنية

والديناميكية الأنويتين وبالرابطة الجدلية بين النمو النفسي ـ العضوي والعلاقة البشرية. فهي من خلال الدراسات عن العلاقة بين الرضيع ومحيطه (أمه خصوصاً) وكذلك من خلال تحليل الأفراد الكهول خلصت إلى وجود حاجات نفسية جسمية جوهرية أهمّها:

- الحاجة إلى الأمن والطمأنينة
- الحاجة إلى الضبط العلائقي
- الحاجة إلى الحبّ والإنتماء

ويلعب الحرمان دوراً هاما في السياق النفسي الجسمي

١ـ التحليل النفسي ـ الحيوي:

انطلقت هذه المدرسة من دراسات «ويلهلم رايش» الذي لفتت نظره بعض العقبات التي اصطدمت بها النظرية الفرويدية خصوصاً موقع القلق والحصر في هياكل هذه النظرية وغياب المعادلة التي تجمع بين الحصر النفسي والحصر الجسدي وكيفية التبادل بينهما ومفهوم وحدود الرمزية في التظاهرات العصابية الجسمية. فخلص «رايش» «إلى أن الجسد طرف جوهري في الجهاز النفسي يلعب دوره في آليات الدفاع الأنوي من خلال بناء درع عضلي متصلّب يشكّل عقداً مستعصية أمام تحرّر النزعات والانفعالات المكبوتة مع ما يرافق ذلك من تبدّلات وظيفية واضطرابات عصبية إنباتية...

إن التحليل النفسي الحيوي لا يقتصر على التداعي اللغوي المجرّد بل يفتح الباب أمام الممنوع في التحليل النفسي الكلاسيكي إذ يعطي الكلمة للجسد فيأخذ حرية الحركة والتعبير والصراخ والبكاء وتفريغ الشحنات الإنفعالية التي تعرقل استيعاب الفرد لذاته وتحرّر طاقاته وقدراته الإبداعية وتخلّصه مع المعاناة والصراعات النفسية يتم التحليل الحيوي بشكل علاج فردي أو جماعي. ويتضمّن تمارين جسدية وتنفسية تستهدف إطلاق الطاقات الحيوية ويعتمد السّياق العلاجي على ترافق اكتشاف المقاومات الجسدية والتصلّب الدفاعي مع استكشاف اللا شعور والصراعات والذكريات المكبوتة فيه.

٢ـ العلاج بالصرخة البدئية: (جانوف)

سياق علاجي حيوي يستمد أساسهُ من مقولة وجود حرمان بدئي يتراكم في الكيان النفسي الجسدي على مستوى لا شعوري ويعود إلى مراحل الحياة الأولى يتمّ العلاج بمرحلة أولى من الجلسات المديدة التي تستمر عدّة ساعات وتستهدف محاصرة إشكالية الفرد وتهيئته للمرحلة الثانية التي تتضمّن جلسات من العزل الكامل الجسدي والحسي ـ الحواسي لتعيد الفرد إلى أقصى درجات الحرمان البدئي بحيث تدفعه شحنات التوتر والإحساس بالحرمان إلى إطلاق صرخات عميقة وتحيي فيه ذكريات مكبوتة وتترافق هذه المراحل بجلسات تحليلية وداعمة. . .

٣ـ التحليل العبوري:

يعتمد على نظرية وجود نماذج شخصية (طفل، مراهق، كهل. . .) تتعاقب وتظلّ حيّة في الجهاز النفسي للفرد وتتظاهر في سلوكه وصراعاته النفسية. . .

٤ـ مجموعات التأمّل والاستبطان

ج ـ المعالجات التعبيرية

١ـ المعالجة بالتعبر الجسدي

٢ـ المعالجة بالموسيقى

٣ـ المعالجة بالرقص. . .

المعالجات النفسية العائلية :

تستند إلى النظريات القائلة بوجود مرضية نفسية أسروية تتكثّف في أحد الأفراد عبر منظومة العلاقات الداخلية .

وهي نوعان :

ـ المعالجات النفسية الأسروية المنظوماتية : وترتكز على نظرية الإتصال والرابطة المزدوجة .

ـ المعالجات النفسية الأسروية التحليلية : ترتكز على نظريات التحليل النفسي

خصوصا فيما يتعلّق بآلية التماهي الجوهرية في النمو النفسي للفرد .

تكون المعالجة شاملة لأفراد الأسرة ضمن مجموعة تتمركز على الدناميكية الأسروية . ويُقوم بالمعالجة فريق علاجي ينتقل إلىٰ منزل الأسرة أو ضمن جلسات منتظمة أو يجمع عدّة أسر متماثلة الإشكالية . كما توجد مقاربات سلوكية للعلاج الأسروي .

المعالجات المؤسساتية :

هي معالجات جماعية تنجز ضمن مؤسسات للطب النفسي تقوم بمعالجة الإضطرابات النفسية للمرض عبر تفاعلهم الشامل مع المؤسسّة بحيث يتمّ أيضا تحليل مرضية المؤسسة وأزماتها عبر الفريق العلاجي ، مّما يعمّق الوعي والإندماج في سياق علاجي ديناميكي .

المعالجة الإجتماعية :

تشمل المعالجة الإجتماعية مجموعة من الوسائل والأساليب العلاجية العملية التي تستهدف تحسين القدرات العلائقية للمرضى وإعادة دمجهم وتأهيلهم علىٰ المستوى المهني والإجتماعي ومن بينها : المعالجة بالعمل الأنشطة الثقافية (المسرح ، الموسيقى ، الكتابة) . . .

المعالجات السلوكية :

تعتمد على مبادىء التعلّم والإشراط وتنطلق من القوانين العصبية الفيزيولوجية والسلوكية (بافلوف ، واطس) وتهتم بتصحيح سلوك معينّ يشكّل معاناة للفرد وتكيفه أو اضطرابا ضمن المحيط . وتتميز المعالجة السلوكية بدقّة هدفها

فهي تحدّد عرضا أو سلوكا محدّدا يعتبر حالة إشراط غير متكيّف وتعمل على إزالته أو تحويله إلىٰ إستجابة متكيّفة . وترى المدرسة السلوكية أنّ تغيير عرض أو إستجابة معنية يؤثّر علىٰ كامل التوازن النفسي السلوكي للفرد . إذ يفتح أمامه إمكانية تكيّف جديد يبني توازنا أكثر إستجابة لطموحاته ورغباته . . .

تبدأ المعالجة السلوكية بمقابلة تمهيدية يحاول خلالها الأخصائي التعرّف علىٰ إشكالات المريض وتحديد الأعراض والسلوكيات اللاّ متكيّفة التي يرغب المريض بتبديلها ، ومنْ ثم الإحاطة بشروط وظروف نشوئها . . وقد تستخدم الروائز والإختبارات . وبعد جلسة أو جلستين يُطرح شكل العقد المتضمّن السلوك المتفق علىٰ تعديله ومنهاج العمل والتزام المريض بالتعاون . . .

من بين مناهج المعالجة السلوكية :

1 ـ تقنيات تثبيت الذات (دعم بنية الشخصية)

وتستخدم منهاجا متكاملا من عدة تقنيات منها : لعب الأدوار ، التنمذج ، سلم المهامّ . . . وتتمّ بشكل فردي وجماعي لمعالجة مختلف إضطرابات التكيّف العلائقي .

2 ـ إزالة التحسسّ المنهجي : تتضمّن تدريبا على الإسترخاء ثم تصوّر تدريجي للمواقف المثيرة للقلق والحصر أو الأعراض المرضية الأخرى في الحدّ الأدنى مع تصاعد شدة المثيرات ثم ينتقل الفرد إلىٰ تطبيق تدريجي لما تعلّمه خلال الجلسات يستخدم هذا الأسلوب في معالجة الأعراض العصابية المحدّدة كالرهابات والسلوكيات القسرية والإضطرابات الجنسية والإضطرابات العصبية الإنباتية المرتبطة بالحصر .

3 ـ الإغراق

يتم بحمل الفرد علىٰ مواجهة الموقف المثير للحصر خلال فترة مديدة (حوالي

ساعة) ممّا يتيح إزالة الإشراط بزوال الحصر إجبارا لطول فترة التعرّض . يتمّ العلاج بطورين متعاقبين الأول بتخيّل الموقف خلال فترة مديدة والثاني التعرض له بشكل فعلي .

4 ـ الإشراط الفاعل :

يتم عبر تعزيز أو تثبيط سلوك معينّ بالتأثير على سياق الإثابة والحرمان الذي شكل الإستجابات والإشراطات القائمة .

يستخدم هذا الأسلوب العلاجي في الهستريا التحولية واضطرابات السلوك الغذائي والتبوّل الليلي وبعض حالات الفصام والتخلفّ العقلي .

5 ـ المعالجة بالكف الإشراطي

تستخدم ما يسمّى «مبدأ المفارقة» الذي يتمثّل في أن بعض السلوكيات اللاّ إرادية تنطفيء عندما يعمل المريض على إحداثها إراديا وتستخدم هذه الطريقة في معالجة العرّات وإضطرابات الكلام وبعض السلوكيات القسرية .

6 ـ المعالجة بالكفّ التنفيري :

يتم كَف الإستجابة المرضية بإرفاق مثير معين بمثير منفرّ (كالصدمة الكهربائية) . . . من بين هذه الأساليب معالجة الإدمان الكحولي بمرافقة جرعة كحولية مع مادة ديسلفيرام Disulfiram التي تحدث حالة إضطراب إنباتي (غثيان ، تعرق ، شعور بالحصر والضيق الخ . . .)

7 ـ المعالجات الجنسية . . .

8 ـ تقنيات الضبط الذاتي والتعديل المعرفي :

تعتمد على : ـ المراقبة الذاتية ـ التعزيز الذاتي الإيجابي أو السلبي ـ التقييم الذاتي . . .

XII الضبط الحيوي الراجع :

منهاج حديث يحقّق السيطرة علىٰ الجهاز العصبي الإنباتي . تستخدم في ذلك أجهزة كالمقياس العضلي الكهربائي ، ومقياس المقاومة الجسدية ، ومقياس الحرارة السطحية وجهاز تخطيط الدماغي الكهربائي . يعتمد المبدأ علىٰ تقديم معلومات موضوعية للفرد ، عبر الجهاز عن وظائفة الجسدية ، ويقوم بالتدرّب علىٰ السيطرة عليها وتعديلها ويحقّق ذلك نتائج إيجابية جدا . وهذا المنهاج بصدد الخضوع للبحث والتطوير .

يستخدم في معالجة حالات القلق المزمن والصداع الشقي ، والتوتّر العضلي ، واضطرابات نظم القلب الوظيفية وفرط التوتّر الشرياني والربو القصبي وشرث رينو (إضطراب التوعية الشعرية للأطراف) وعدد من الإضطرابات النفسجسمية الأخرىٰ .

المصادر والمراجع

1 ـ د . الفرد أدلر (ترجمة د . محمود الودرني) معنى الحياة

2 ـ د . جمال أتاسي : الطب النفسي ، جامعة دمشق دمشق 1980 .

3 ـ د . زياد درويش : الطب الشرعي ، جامعة دمشق ، دمشق 1980 .

4 ـ د . عطوف محمود ياسين : علم النفس العيادي ، دار العلم للملايين بيروت 1981 .

5 ـ د فيصل الصبّاغ ، د أنس سبح : الأمراض العصبية ، جامعة دمشق دمشق 1982 .

6 ـ د . محمود هاشم الودرني : العصابات النفسية ووسائل معالجتها دار الحوار . اللاذقية 1983 .

7 ـ علم النفس الجنسي . دار الحوار . 1985 .

8 ـ د . ميخائيل ابراهيم معد ، علم الإضطرابات السلوكية ، الأهلية للنشر والتوزيع ، بيروت 1977 .

9 ـ د . هشام بكداش . الجراحة العصبية جامعة دمشق دمشق ١٩٧٧ .

10- ABRAHAM G. : Psychiatri pluridimensionnelle 262 p **Paris, Payot 1976**
11- ABRAHAM Karl; œuvres Complétes 2 vol, Paris, **Payot 1977**
12- ALEXANDER FG. SELESNICK S.T. : **Histoire de la Psychiatrie 479 p.** Paris, Armand Colin 1972.
13- ANGST J. : Classification and prediction of outcome of depression Symposia Medica Hœchst 8F.k Sch. Verlag Stuttgart 74
14- BALINT M. Le Medecin, Son Malade et la maladie, trad. Valabrega, 422p. Paris, Payot 1960
15- BASTIDE, Roger: Sociologie Des Maladies Mentales, 314p. Paris, Flammarlon 1965
16- BAUDELOT,ESTABLET, LAHLOU : Aspects Sociologiques Du Suicide in Gazette Medicale, pp21-37, Paris 1985
17- BECK AT, : Depression, Clinical, experimental and Theorical aspect New.York P.B.Hœber 1967
18- BECKER E. Revolution in Psychiatrie 276P, New York Free Press 1964
19- BERGERET J.: La depression et les etaslimites, Paris Payot 1975
20- BERNE E. : Analyse Transactionnelle et Psychotherapie, 279p.Paris, Payot 1981
21- BERNHEIM M. Recueil detextes Paris, Doin edit. 1904
22- BLUM g,s. : Les theories psychanalytiques de la personnalité, Paris P,U,F. 1955
23- BOULANGER J.P. : Attaques de panique ou crises d'angoisse, in Gazette Medicale pp. 27-30, N° 3- Paris 1985

24- CHAZAUD (J):. Introducuon a la Psycho motricite 1974.
25- Les Perversions Sexuelles 1973 Privat. Toulouse.
26- COLONNA L. Particularite's de 1 MAO in Gazette medicale pp95-96, n°.11, 1985 Paris.
27- DADOUN R. Cent fleurs pour Wilhelm Reich, 410p Paris, Payot 1975.
28- DELAY J. Les dereglements de l'humeur, Paris P.U.F.
29- DUGUAYR. ELLENBERGER HF et coll.: Precis pratique de Psychiatrie 693p, Cheneliere et Stanke Montreal, Paris 1981.
30- ERIKSON HE.: Adolescence et crisem 348p, trad. Flammarion Paris 1972.
31- EY H. traite` des Hallucinations 2T, Masson et Cie, Paris 1973.
32- EY BERNARD.P. BRISSET CH: Manuel de Psychiatrie, 1250p Masson et Cie Paris 1978.
33- EYSENK H.G. Les dimensions de la personnatite`, P.U.F Paris 1950.
34- EYSENK H6 Conditionnement et bevroses, Gauthier- Villard Paris.
35- FREUD Anna: Le moi et les mecanismes de defense P.U.F. Paris.
36- Normality and Pathologiy in childhood Ibternational University Press. New York 1965.
37- FREUD Sigmund: Introduction a` la psychanalyse 443p. Payot Paris 1974.
38- Trois essais sur la theorie de la sexualite', 189p Galliard, Paris 1962.
39- Essais de Psychanalyse, 277p, Payot, Paris 1981.
40- Abre`ge' de Psychanalyse, 84p, P.U.F. Paris 1978.
41- La technique psychanalytique, 141p, P.U.F. Paris 1975.
42- Cinq psychanalyses, 422p, P.U.F. Paris 1967.
43- Nevrose psychose et perversion, 306p, Paris 1973.
44- FROMM. E.: Le cœur de l'homme, 215p, Payot Paris 1979.
45- Le langage oublie`, 211p, Payot, Paris 1980.
46- GAYRAL L. Pre'cis de psychiatrie, Baillere (427p) Toulouse 1976.
47- GINESTET D. PERON- MAHNAN: Chimitherapie psychiatrique 246p, Masson, Paris 1984.
48- GREENSON. R.R. Techniaue et pratique de la psychanalyse, 509p. P.U.F. Paris 1977.
49- GUYOTAT J. et co. Psychotherapies medicales T1, 266p Masson Paris 1978.

50- HAYNAL A. PAZINI (W) Abrege´ de medecine psychosomatique 292p, Msson, Paris 1978.
51- HELLBRUMR. Pathologie de laviolence, 195p, Reseaux Paris 1982.
52- HELD R.R. Psychothe´rapie et psychanalyse, 315p. Payot, Paris 1968.
53- HILL P. MURRAY R. THORLEY A. Essential of postgrasuate psychiatrie, 802p, Academic Press London- New York 1979.
54- HORNEY K.: Les voies nouvelles de la psychanalyse, 246p, L'Arche, Pqris 1951.
HUBERT
55- JANOV A. Le cri Primal, 504p, Flammarion, Paris 1975.
56- GUNG C.G: L'hom me a` la decouverte de son a^me, 347p Payot Paris 1972.
47- Dialectique du moi et de l'inconscient, 274p Gallimard, Paris 1964.
58- KERBIKOV et Co. Psychiatrie, Edition Mir, Moscou 1968.
59- KIEL HOLZ (P) Les Pressions masquee´s, Symposion internqtionql S' Moritz Masson Paris 1973.
60- KLEIN: Essais de psychanalyse, Payot, Paris.
61- KOPERNICK C. LOO H. ZARIFAN E., Precis de psychiatrie, 478p Flammarion, Paris, 1982.
62- KRAEPLIN E. Introduction a` la psychiatrie cliniaue, 439p Navarin Paris, 1984.
63- KRETSCHMER E. Manuel theorique et pratique de psychologie Medicale Payot, Paris.
64- KRUPP M.A. CHATTON M.J.: Current Medical diagnosis and treateient Los Altos (california, Lange 1980).
65- LACAN J. Ecrits, 2T, Seuil Paris 1966.
66- LAFORGUE (R) Psychopothologie de l'echer, 236p, Payot, Paris 1965.
67- LAING (R.D.) Le moi divise´ stock, Paris 1970.
68- LAPLONDE (P) GRUNBRG (F) Psychiatrie clinique, approche contemporainem 925p, Gaeten Morin, Quebec. 1981.
69- LAPLANCHE (J) etPNTALIS J.B. Vocabulaire de psychanalyse P.U.F. Paris.
70- LAUNAY J. et CO. Le re^ve eveille dirige´ et l'inconscient, 455p. Dessart- Mardaga, Brucelles, 1975.

71- LEMAIRE A. Jaques Lacan, 379p. P. Mardaga, Bruxelles 1977.
72- LEMPERIRE Th, FELINEA. et Co. Psychitrie de l'adulte 430p, Masson Paris 1980.
73- MAZET (Ph) HOUZEL (D): Psychiatrie de l'enfont et de l'adolexent, 2T Maloine S. Paris 1979.
74- MEURICE E. Psychiatrie et vie sociale, 349p, Dessart et Mardaga, Bruxelles 1977.
75- NACHT (S) Le Masochisme, 184p, Payot Paris 1965.
75- Guerir avec Freud 242p, Payot Paris 1977.
77- OKEN P. LAKOVICS MAGNUS: A clinical Manuel of psychiatrie 281p, Elsevier New York 1982.
78- PAVLOV: (P) Typologie et Pathologie de l'activite nerveuse Superieure P.U.F. Paris.

عنوان المؤلف

Dr OUEDERN

BP . 110 . 75231 PARIS 5 FRANCE

المحتويات

تصدر عن دار الحوار السلاسل التالية :

* سلسلة الدراسات الأدبية واللغوية
* سلسلة أحداث
* المكتبة الموسيقية
* سلسلة دفاتر حوار
* مكتبة علم النفس
* مكتبة التراث العربي
* المكتبة الروائية
* المكتبة القصصية
* المكتبة العلمية
* المكتبة التاريخية للفتيان والفتيات
* المكتبة الأدبية للفتيان والفتيات
* نصوص شعرية
* نصوص مسرحية
* مكتبة السياسة والاقتصاد

سورية اللاذقية ـ مشروع الزراعة
ص . ب ١٠١٨ هاتف ٢٢٣٠٩